

Ecole Nationale de la Santé Publique

**LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE
DROGUE**

ELEMENTS DE REPONSE POUR LE BASSIN D'AIX

Vincent VIOUJAS
Mémoire d'Eleve Directeur
d'Hopital
Promotion 1998/2000

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	p. 5
INTRODUCTION	p. 6
1^{ère} partie :L'EMERGENCE D'UNE REPONSE DANS UN CONTEXTE DELICAT	p. 10
Ch.1 - Une situation alarmante dans les Bouches-du-Rhône	p. 12
1- <u>Bref éclairage au niveau national</u>	p. 13
2- <u>Les Bouches-du-Rhône, un département très touché par la toxicomanie</u>	p. 15
Ch. 2 - L'inflexion des politiques publiques vers la réduction des risques	p. 17
1 - <u>Le modèle politique issu de la loi du 31 Décembre 1970</u>	p. 18
1-1- Les fondements philosophiques de la loi de 1970	p. 18
1-2- La loi de 70, entre logique répressive et logique sanitaire	p. 19
2- <u>L'émergence du modèle de la réduction des risques</u>	p. 20
2-1- L'accès élargi aux seringues	p. 21
2-2- Le développement des programmes de substitution	p. 22
2-3- L'adaptation du système de soins classiques à l'accueil et à la prise en charge des usagers de drogue	p. 26
2-4- L'encouragement au développement de RVH	p. 27
Ch. 3 - La nouvelle offre de soins : la Fédération de Soins aux Toxicomanes	p. 29
1- <u>Les choix organisationnels</u>	p. 30

1-1- Population générale et approches spécifiques	p. 31
1-2- Secteur et intersectorialité : le choix fédératif	p. 32
2- <u>La Fédération de Soins aux Toxicomanes</u>	p. 35
2-1- Le projet de service	p. 36
2-2- Les moyens mis en œuvre	p. 38
2^{ème} partie : PISTES POUR UNE AMELIORATION DE L'OFFRE DE SOINS	p. 40
Ch. 1 - Bilan critique de l'existant	p. 42
1- <u>Une forte activité</u>	p. 44
2- <u>Limites actuelles</u>	p. 44
2-1- L'accès aux soins	p. 44
2-2- Une prise en charge sanitaire et sociale complète	p. 48
2-3- Le fonctionnement du réseau	p. 50
Ch. 2 - Suggestions d'évolution	p. 53
1- <u>Schéma d'organisation des soins</u>	p. 53
1-1- Un dispositif gradué	p. 53
1-2- Un réseau centré autour du patient	p. 55
1-3- Une règle claire de répartition des compétences	p. 57
1-4- Le renforcement de la prévention	p. 58
2- <u>Conséquences pour le bassin d'Aix</u>	p. 59
2-1- La mise en place de consultations avancées	p. 59
2-2- Le recentrage du réseau sur le patient et le renforcement du travail de liaison	p. 60
2-3- Le développement d'actions de prévention et de réinsertion	p. 63
3- <u>Analyse des moyens</u>	p. 65

CONCLUSION	p. 68
Le Directeur d'Hôpital et les indésirables	
BIBLIOGRAPHIE	p. 71
ANNEXES	p. 80

REMERCIEMENTS

Je remercie Monsieur le Docteur **Gérard MASSE** d'avoir accepté de diriger ce mémoire.

Un grand merci également à mon maître de stage, **Guy CHIAMBARETTO**, qui m'a harcelé jusqu'à ce que je me mette au travail et a patiemment relu mes épreuves ; à l'équipe de la Fédération de Soins aux Toxicomanes, et particulièrement **Béatrice STAMBUL**, **Georges SARTRE** et **Emmanuelle ANDRIEU**, ainsi qu'à Monsieur **Jacques FRANÇOIS**, Directeur du Centre Hospitalier MONTPERRIN.

Pour ma collègue, et néanmoins amie, **Claire M.** en repensant à nos interminables appels, fous rires et dimanches soirs hospitaliers...Grazie Mille.

INTRODUCTION

Traiter de la prise en charge des usagers de drogue à l'hôpital peut paraître pour le moins singulier. Le monde hospitalier ne s'est en effet guère préoccupé de la question jusqu'à une date récente, abandonnant le problème aux Centres de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) ou aux institutions sociales et associations. Le nombre de mémoires consacrés à ce thème au cours des dernières années à l'ENSP (filière Directeur d'Hôpital) se révèle ainsi particulièrement explicite (1 cas).

Il faut dire que les usagers de drogue souffrent d'une mauvaise réputation : le toxicomanes "est difficile à gérer dans une structure d'accueil, à l'hôpital général ou en CHS. Il épuise les équipes, les soignants, les autres personnes présentes par ses demandes multiples, son instabilité. Il échappe aux règles de fonctionnement institutionnel quand il n'introduit pas de la délinquance. Le passage à l'acte tend à envahir les relations. Il y a le plus souvent sorti du toxicomane de lui-même ou par exclusion"¹.

Ce n'est donc que très récemment, et largement sous l'influence de l'épidémie de SIDA, que les hôpitaux publics ont été amenés à réinvestir le domaine de la toxicomanie, d'où l'intérêt de cette problématique aujourd'hui².

Le Centre Hospitalier MONTPERRIN et la question de la toxicomanie

Etablissement spécialisé en psychiatrie, le Centre Hospitalier MONTPERRIN d'Aix-en-Provence couvre un bassin de population de près de 500 000 habitants au moyen de 6 secteurs de psychiatrie générale et de 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile :

¹ Monique CASTANO - "Soins et précarité - Le dispositif sur Marseille" in Psy-Cause - n° 15-16 - Janvier - Juin 1999 - p. 25

² Cf Actes de la rencontre nationale sur la prise en charge des personnes toxicomanes à l'hôpital - DH/DGS - Août 1998

Secteur 13G17 : **Aix - Trets**
 Secteur 13G18 : **Aix - Pertuis**
 Secteur 13G19 : **Salon**
 Secteur 13G20 : **Aix - Miramas**
 Secteur 13G21 : **Aix - Vitrolles**
 Secteur 13G22 : **Aix - Gardanne**

Secteur 13I08 :
Aix - Trets - Pertuis
 Secteur 13I09 :
Salon - Miramas
 Secteur 13I07 :
Aix - Vitrolles - Gardanne

L'établissement, qui se situe exactement dans la moyenne des CHS français, gère également un intersecteur départemental d'alcoologie ainsi que deux Centres d'Accueil Permanent (CAP 48) aux urgences des Centres Hospitaliers d'Aix et Salon.

La première partie de ce travail reviendra sur les conditions d'émergence de la problématique "toxicomanie" au sein de l'établissement, dans un département particulièrement touché par cette question.

Mais c'est justement parce que la réponse adoptée, en termes d'offre de soins, a été pratiquement construite à partir de zéro que l'expérience du Centre Hospitalier MONTPERRIN paraît singulièrement intéressante et s'inscrit parfaitement dans la logique de l'exercice demandé.

D'un cas particulier à des enseignements généraux

L'apport de ce mémoire ne peut en effet se concevoir qu'à partir du moment où il dépasse le simple contexte local.

L'objectif est ainsi de repérer, à partir des actions entreprises au niveau du Centre Hospitalier MONTPERRIN, les problèmes posés et les solutions proposées afin d'envisager une transposition ou du moins une utilisation comme "source d'inspiration" dans d'autres établissements confrontés à une problématique similaire.

En ce sens, la description et l'étude de l'émergence de la Fédération de Soins aux Toxicomanes (FST) ainsi que des évolutions envisageables fournit d'utiles enseignements sur :

✓ Les modes d'organisation praticables et la manière d'articuler approche générale, dans la logique sectorielle, et populations spécifiques ;

- ✓ Les difficultés d'accès aux soins et les réponses à suggérer ;
- ✓ L'articulation entre les divers intervenants, les actions de liaison et le travail en réseau ;
- ✓ Les pistes de réflexion afin de favoriser l'accompagnement et la réinsertion sociale des patients.

A partir du cas particulier du Centre Hospitalier MONTPERRIN, ce mémoire s'est donc efforcé de tirer des leçons plus générales ou de proposer des modèles ou embryons de solutions destinés à nourrir les réflexions et les recherches des autres professionnels impliqués dans ce domaine.

Méthodologie retenue

En ce sens, la méthodologie employée a tenté de concilier l'approche nécessairement descriptive de la situation locale ainsi que du contexte national dans lequel doit être envisagé la question des usagers de drogue, avec une modélisation devant aboutir à la proposition d'un dispositif gradué et articulé en réseau de prise en charge.

Les recherches théoriques sur le sujet, dont la bibliographie et les références en bas de page portent la trace, ont donc été combinées avec l'exploitation des documents (délibérations, projets, entretiens avec les acteurs...) relatifs au Centre Hospitalier MONTPERRIN.

Afin d'atteindre l'objectif ainsi posé, il a par ailleurs semblé indispensable de commencer par établir un bilan de l'existant avant de proposer des pistes d'évolution.

A l'étude de l'émergence de la réponse proposée par le Centre Hospitalier MONTPERRIN succèdera donc une réflexion sur les nécessaires adaptations à mettre en place.

Mémoire de recherche professionnel et exercice professionnel

Avant d'aborder le sujet, il convient toutefois d'ajouter quelques remarques sur les conditions de réalisation de ce travail.

Nous espérons avoir tenu compte des consignes et des attentes de l'ENSP sur la nature du mémoire, à savoir un "mémoire de recherche professionnel". La double dimension évoquée plus haut cherche à en être le reflet fidèle.

Reste que tout travail de recherche, pour être de qualité, suppose la réunion d'un certain nombre de conditions : temps suffisant pour mener à bien les dites recherches, faculté de prendre du recul, de la distance, bref, autant d'éléments indispensables à l'émergence d'un tant soit peu dégagée de l'emprise du quotidien.

De telles exigences sont, par définition, incompatibles avec la situation des Elèves-Directeurs (EDH) lors de leur second stage hospitalier où ils sont - et l'on ne vantera jamais assez le caractère formateur de ce stage - placés en situation d'exercice professionnel, assurant même parfois un véritable intérim.

On voit bien que la conciliation du recul nécessaire à la recherche et de l'activité quotidienne des services relève de l'exploit. A l'heure où l'ENSP réfléchit à la nature et au positionnement du mémoire demandé aux EDH, cet élément paraît devoir être pris en considération tant il a fait l'objet d'un large consensus chez tous ceux qui viennent d'y être confrontés.

Pour l'heure, l'auteur a cherché à remplir la commande qui lui était faite, bien conscient des limites rencontrées et, pourquoi le cacher, davantage investi dans l'apprentissage sur le terrain de ce qui est et sera son métier...

1^{ère} Partie :

**L'EMERGENCE D'UNE REponse DANS UN CONTEXTE
DELICAT**

L'étude du dispositif de prise en charge des usagers de drogue afin de proposer des pistes d'évolution et des adaptations en termes d'organisation suppose d'examiner en premier lieu l'existant.

Or, celui-ci ne peut s'envisager et se comprendre que mis en perspective avec le contexte qui a présidé à son émergence.

C'est pourquoi seront successivement abordés dans cette première partie :

- Les données épidémiologiques
- L'évolution des politiques publiques
- La nouvelle offre de soins : la fédération de soins aux toxicomanes.

1 - Une situation alarmante dans les Bouches-du-Rhône

Préambule méthodologique

Les sources d'information sur les drogues et les toxicomanies apparaissent singulièrement lacunaires en France.

Reflète à bien des égards du conflit entre logique sanitaire et logique répressive, elles permettent difficilement de tirer des conclusions sur les comportements toxicomaniaques. En effet, ces informations statistiques doivent être analysées à travers le prisme de l'organisme qui les produit.

Deux sources principales sont ainsi utilisées :

➔ Les indications sur le nombre de toxicomanes pris en charge dans les structures sanitaires et sociales.

Celles-ci donnent lieu à une enquête et étude spécifique de la part du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité chaque année.

➔ Les données de l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (OCRTIS).

Statistiques portant sur le volet répressif de la politique menée par rapport aux usagers de drogue, elles mettent notamment en évidence le nombre d'interpellations des personnes contrevenants à la législation sur les stupéfiants ainsi que le nombre d'overdoses.

Souvent, ces deux sources semblent complémentaires. Une étude menée à Lyon au début des années 90 dans le cadre d'une comparaison entre politiques européennes montre ainsi que, sur le nombre total de toxicomanes évalués, 12 à 20% seulement sont pris en charge dans les structures sanitaires et sociales. De

même, près de 70% des toxicomanes incarcérés n'avaient jamais eu de contact avec un centre spécialisé³.

Il n'en demeure pas moins que ces moyens d'information pêchent à plusieurs égards :

- ⊖ Ces chiffres reflètent souvent davantage l'activité des services concernés (notamment de police, de douanes et de gendarmerie) que l'incidence du phénomène ;
- ⊖ Les toxicomanes qui échappent à la fois au système répressif et au système sanitaire ne sont pas comptabilisés.

Ces données paraissent donc délivrer plus « une vision en mosaïque » de la toxicomanie qu'une information réellement précise, rigoureuse et fiable. Reste qu'il s'agit des seules sources disponibles et que, tout en ayant conscience de leurs biais et limites, il faut donc bien s'en accommoder !

1- Bref éclairage au niveau national

Les **données sanitaires** les plus récentes portent sur le mois de Novembre 1996⁴. Les principaux points remarquables portent sur :

- ✓ L'augmentation du nombre de toxicomanes pris en charge : 20 700, soit + 135% en 10 ans ;
- ✓ L'inégale répartition de ces prises en charge :

Centres spécialisés :	12 300
Etablissements hospitaliers :	7 220
Centres sociaux non spécialisés :	4 160

- ✓ Le profil-type des toxicomanes concernés : un homme dans 3 cas sur 4, ayant le plus souvent entre 15 et 25 ans, fréquemment sans emploi.

³ Sandro CATTACIN et al. - Modèles de politique en matière de drogue - Une comparaison de six réalités européennes - L'Harmattan - Logiques Politiques - 1996 - p.85

⁴ « Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en Novembre 1996 » in Etudes et Résultats - Déc. 1998 - DREES - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

✓ La part importante des polytoxicomanies (62%), la consommation d'alcool étant le plus souvent associée.

Cette dernière remarque rejoint les propos formulés à la même époque par le sociologue Alain EHRENBORG : « Cliniciens et épidémiologistes font le même constat : moins d'une augmentation des consommations -elles semblent se stabiliser au cours des années 80, du moins chez les adolescents - que celui de la diversité des produits et des usages (usages doux de drogues dures, usages durs de drogues douces) et de la polyconsommation. Les usagers passent d'un produit à l'autre pour se calmer, se stimuler, se rendre euphoriques »⁵.

Pour ce qui est des **données répressives**, toujours en 1996 mais cette fois sur l'ensemble de l'année, le nombre d'interpellations pour usage de stupéfiants s'élevait à 69 228, dont 81% pour usage simple.

On notera que les 2/3 des interpellations pour usage de stupéfiants concernent des usagers de cannabis alors que ce sont en majorité des héroïnomanes qui ont recours au dispositif de soins⁶.

Quant à la forte progression du nombre d'interpellations, elle doit être rapprochée de la croissance de l'activité des services de police, comme indiqué plus haut, notamment dans le cadre de la mise en œuvre du plan « Vigipirate ».

Les chiffres disponibles montrent également que 7 millions de personnes ont consommé de la drogue (principalement du cannabis) au moins une fois dans leur vie. Doit-on pour autant en conclure qu'1/10^{ème} de la population française peut être considérée comme toxicomane ? Il semble plutôt que ces données incitent à distinguer le simple usager occasionnel de drogue du toxicomane dépendant en rappelant, selon la définition proposée par Albert MEMMI, que "la dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe, ou une institution, réels ou idéologiques, et qui relève de la satisfaction d'un besoin"⁷

La lecture de ces statistiques exige donc une grande prudence avant toute extrapolation, notamment pour ce qui est du nombre d'interpellations.

⁵ Alain EHRENBORG - L'Individu Incertain - Calmann-Lévy - 1995 - p. 132

⁶ Cf « La consommation de drogues » in Actualité et Dossier en Santé Publique - « Usages de drogues et toxicomanies » - n° 22 - Mars 1998 - p. II et ss.

⁷ Cité par Sylvie GEISMAR-WIEVORKA - Les toxicomanes - Seuil - 1995 - p. 33

2- Les Bouches-du-Rhône, un département très touché par la toxicomanie

Le constat dressé par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) ne laisse planer aucun doute sur ce point⁸.

Bien qu'un peu anciennes et sujettes aux limites mentionnées en introduction, les données reprises dans le tableau suivant se révèlent particulièrement explicites.

	Taux de prise en charge*	Taux d'interpellation *
France	34	89
PACA	38	95
BDR	40	102

- Pour 100 000 habitants

Comme l'ont montré les dernières Conférences Régionales de Santé, la région PACA est donc, après l'Ile de France, la première région touchée par la toxicomanie. Et au sein de la région, il semble donc que le constat soit encore plus alarmant pour le département des Bouches-du-Rhône.

Les chiffres communiqués par l'ORS rejoignent néanmoins certaines grandes tendances relevées au niveau national :

- ➔ Phénomène majoritairement masculin (75%) ;
- ➔ Tranche d'âge comprise entre 20 et 40 ans ;
- ➔ Prise en charge majoritairement dans les centres spécialisés (50%) et les établissements sanitaires (37%).

Il semble toutefois, pour ce qui est des toxicomanes pris en charge dans les structures sanitaires et sociales, que l'héroïne constitue encore plus nettement la principale source de dépendance (71% des personnes prises en charge, contre 60% en moyenne nationale) alors que la part du cannabis se révèle plus faible (8% contre 20% en moyenne nationale).

⁸ ORS PACA - La santé observée - Tableau départemental sur la santé - 1996

Mais l'élément essentiel qui rend la question de la toxicomanie particulièrement cruciale en PACA, et notamment dans les Bouches-du-Rhône, porte sur la morbidité des usagers de drogue.

Le tableau suivant qui met en évidence le pourcentage de sujets infectés parmi les toxicomanes (pourcentage calculé sur le total de toxicomanes pris en charge dans les hôpitaux et les centres spécialisés pour lesquels le statut sérologique est connu) montre la gravité de la situation.

	Taux Infection PACA	Taux Infection France entière
VHB	41,6%	31%
VHC	54,1%	49%
VIH	43,7%	26%

La morbidité infectieuse par le VIH apparaît ainsi supérieure de 150% à la moyenne française.

On verra dans les pages suivantes comment les politiques publiques ont pu être infléchies à partir du constat posé par la diffusion de l'épidémie de SIDA. Ces données, aggravées en PACA et dans les Bouches-du-Rhône, expliquent largement l'urgence d'élaborer une réponse adaptée.

Toutefois, ces informations épidémiologiques doivent être complétées et mises en relation avec l'évolution des politiques en matière de lutte contre la toxicomanie. Ces deux éléments sont en effet indispensables pour comprendre l'émergence du début de solution proposée sur le bassin d'Aix.

2-L'inflexion des politiques publiques vers la réduction des risques

Une tentative de modélisation réalisée à partir de la typologie des différentes politiques en matière de drogues conduites en Europe a permis de dégager trois modèles théoriques⁹ :

- ✓ Le modèle de la réduction des risques : part réduite consacrée à la répression (concentrée sur les trafics régionaux et internationaux), actions préventives importantes.
- ✓ Le modèle sanitaire, qui ordonne les priorités autour de la notion d'abstinence¹⁰
- ✓ Le modèle du contrôle, qui veut croire à une société sans drogue (cf par exemple le document « Europe against drug abuse » du Conseil de l'Europe).

Tout en gardant à l'esprit les limites de toute modélisation théorique et de toute approche axiologique, il est possible d'analyser l'évolution des politiques publiques françaises comme la remise en cause progressive, sous la pression de la diffusion de l'épidémie de SIDA, d'un modèle sanitaire au profit du développement de la réduction des risques.

Cette approche suffirait à elle seule à nourrir des études bien plus conséquentes que celle-ci. Il n'en demeure pas moins qu'il est nécessaire de l'évoquer rapidement afin de mieux cerner le contexte politique national au sein duquel toute action locale doit s'insérer.

⁹ Sandro CATTACIN et al., op.cit., p. 214 et ss.

¹⁰ Ce fut ainsi longtemps le cas du modèle de soins français défendu par l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanies (ANIT).

1- Le modèle politique issu de la loi du 31 Décembre 1970

1-1-Les fondements philosophiques de la loi de 1970

On a beaucoup commenté et écrit sur les circonstances au cours desquelles la loi de 1970 fut élaborée : réaction face à l'augmentation spectaculaire de drogues hallucinogènes notamment au sein de la population jeune (alors que la drogue conservait l'image, héritée du XIX^{ème} siècle, d'une substance surtout consommée dans les salons et dans les milieux artistes, les couches populaires étant davantage touchées par le fléau de l'alcoolisme), riposte au mouvement de libération issu des années 60 (Woodstock, Mai 68...), réponse à de nouveaux mouvements culturels où la drogue occupe une place importante et non dissimulée (mouvement pop-rock, littérature SF, ouvrages de T. Leary...). Revenir sur tout cela dépasserait évidemment de beaucoup le cadre de ce travail. Sans doute faut-il reconnaître que tout ces éléments ont joué un rôle non négligeable et expliquent en partie la dimension répressive de la loi de 1970.

Alain EHRENBURG défend une interprétation qui intègre ces circonstances tout en les dépassant. « Ma thèse, écrit-il, est que la drogue, problème sanitaire et social très marginal en France en 1970, concerne le statut de citoyen, parce qu'elle exprime des tensions nouvelles entre vie privée et vie publique. Ce statut est le noyau dur de lutte contre la drogue, il est le résultat d'une rencontre entre une vieille tradition de l'Etat républicain et une conjoncture nouvelle de valorisation publique de la vie privée que la démocratisation de la société a largement favorisé au cours des années 60. Il a structuré une politique qui repose depuis 25 ans sur le triangle d'or de l'abstinence comme fondement, de la désintoxication pour le consommateur et de l'éradication des drogues pour la société »¹¹.

Il explique ainsi en quoi le modèle d'abstinence issu de la loi de 1970 et défendu par de nombreux intervenants comme ceux regroupés au sein de l'ANIT est davantage républicain que réactionnaire. La loi de 70 comporte en effet une profonde dimension civique : elle traduit la modification des rapports entre vie publique et vie privée, les doutes devant la question de la distance à soi et à l'autre. L'autonomisation croissante de l'individu suscite un mouvement de crainte devant l'envahissement progressif de l'espace public par la vie privée auquel la loi sur la toxicomanie s'efforce de répondre.

Ce souci aide à comprendre pourquoi, à bien des égards, le volet répressif l'emporte sur le volet sanitaire dans la loi du 31 Décembre 1970.

¹¹ Alain EHRENBURG - op. cit. - p. 70

1-2- La loi de 1970, entre logique répressive et logique sanitaire

Il n'est bien sûr pas question de décrire ici en détail le dispositif prévu par la loi de 1970¹². Tout au plus est-il possible d'en mentionner les principales directions.

✓ Des dispositions pénales rigoureuses

L'usage illicite de stupéfiants est incriminé (et inséré à l'article L. CSP) sans distinction des produits ou des usagers occasionnels.

Les substances concernées découlent d'une classification établie par voie réglementaire.

✓ La surveillance sanitaire des toxicomanes

➔ Deux principes : gratuité des soins en liaison directe avec la cure de désintoxication et anonymat.

➔ Un signalement des usagers de drogue aux autorités sanitaires (fiche de liaison).

Dans les faits, seules les personnes soumises à une obligation de soins feront l'objet d'un tel signalement.

✓ La possibilité d'imposer une obligation de soins aux usagers de drogue

Dans le cadre du dispositif mis en place par la loi de 1970, l'injonction thérapeutique est supposée constituer la première réponse du volet sanitaire de la politique publique de lutte contre la drogue : « L'injonction thérapeutique a toujours été présentée, sinon conçue, comme le contrepoids humaniste d'une politique répressive »¹³.

La loi de 1970, tiraillée entre une logique répressive et une logique sanitaire, paraît néanmoins privilégier la première au détriment de la seconde : incriminations très générales, faibles expérimentations en matière sanitaire, aspects « schizophréniques » de soins rendus obligatoires...

¹² Cf Yves TYRODE - Thierry ALBERNHE - Législation en santé mentale - Ed. Duphar Upjohn - 1994

Serge TRIBOLET - George DESOUS - Droit et psychiatrie - Heures de France - 1995 - p. 215

¹³ Michel SETBON - L'injonction thérapeutique - Evaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogue interpellés - CNRS - GAP - Mars 1998, p. 8

Dans son application, elle évoluera néanmoins comme en témoignent le traitement progressivement différencié de l'usager et du trafiquant ou les abandons et relances successifs de l'injonction thérapeutique. Reste qu'un réel changement n'interviendra qu'au début des années 90.

2- L'émergence du modèle de la réduction des risques

Au début des années 90, les pouvoirs publics hésitent sur la politique à adopter en matière de toxicomanie. La pression de modèles étrangers (programmes dits à « bas-seuil » aux Pays-Bas, « harm reduction » en Grande-Bretagne) conjuguée avec la diffusion de l'infection à VIH plaide en faveur d'une révision radicale de l'attitude française.

« Les pouvoirs politiques déjà fort gênés par la drogue, ses liens avec la sécurité et l'immigration, traumatisés par l'affaire du sang contaminé, se voient différemment conseillés selon l'âge et la provenance de l'expert. Un spécialiste SIDA-toxicomanie ne prodiguera pas les mêmes réflexions qu'un spécialiste toxicomanie-plus-importante- que le SIDA. Pour le premier, il faut éviter qu'un toxicomane ne devienne séropositif ou contamine autrui, fût-ce au prix d'un risque de maintenance toxicomaniacque. Pour le second, il convient de retrouver l'individu débarrassé de toute drogue, même au prix d'un refus de prise en charge pendant la période où il veut continuer à s'intoxiquer » résume le Professeur LOWENSTEIN¹⁴.

Finalement, Bernard KOUCHNER, alors secrétaire d'Etat à la Santé, tranche. Pour reprendre le titre de son intervention lors du colloque tri-villes, il y a risque de « non-assistance à personne en danger »¹⁵. Comme il l'expliquera alors à la tribune de l'Assemblée Nationale, « le SIDA est plus dangereux que la toxicomanie ».

A partir de cette décision développée dans le plan gouvernemental de 1993 et poursuivie par le successeur de Bernard KOUCHNER, Philippe DOUSTE-BLAZY, la politique française en matière de drogue va désormais s'inscrire dans 4 directions orientées vers le concept de réduction des risques.

¹⁴ William LOWENSTEIN - « Nécessité du débat » in Temps Modernes - « SIDA, toxicomanie, exclusion » - n° 567 - Oct. 93 - p. 250

¹⁵ Bernard KOUCHNER - « Non assistance à personne en danger » in Temps Modernes - op. cit. - p. 5-9

2-1- L'accès élargi aux seringues

La politique gouvernementale poursuit ici la voie ouverte par le décret BARZACH de 1987 qui a permis de nouveau la vente libre des seringues en pharmacies (l'interdiction remontait à 1972).

Il s'agit bien ici d'une mesure dirigée vers la réduction des risques : les rares études épidémiologiques disponibles montrent en effet une baisse considérable du taux de contamination au VIH en cas de mise à disposition facilitée de seringues et de matériel stérile.

Cette politique s'est traduite par un indéniable succès quantitatif :

➔ 6,5 millions de trousse de prévention (Stéribox) vendues entre 1994 et 1998 avec une forte progression de la vente mensuelle : 165 000 trousse vendues par mois en 1995 contre 192 000 en 1997.

➔ Mise en place de 86 programmes d'échanges de seringues sur la même période

➔ Installation sur l'ensemble de la France de 148 distributeurs automatiques, échangeurs-distributeurs ou récupérateurs de seringues¹⁶.

D'un point de vue qualitatif, cet accès élargi aux seringues et à un matériel d'injection propre est à rapprocher de la chute brutale du nombre de nouveaux cas de SIDA chez les toxicomanes intra-veineux à partir du 2^{ème} trimestre 1996 : -55% entre 1996 et 1997, à la suite d'une période de stabilisation (1992-96)¹⁷.

Par ailleurs, contrairement à ce que prévoyaient ses détracteurs (dont de nombreux pharmaciens résolument opposés à ces projets depuis 1987), cette politique n'a pas entraîné d'augmentation de la consommation de drogues.

Simplement, comme l'écrit Sylvie GEISMAR, « le libre accès aux seringues stériles ne favorise pas la toxicomanie, il dissocie le risque SIDA de la pratique toxicomaniaque sans influence directement sur elle »¹⁸.

¹⁶ Sources : Haut Comité de la Santé Publique - La santé en France 1994-98 - Documentation Française - Nov. 98 - p. 189-90

¹⁷ HCSP - op. cit. - p. 186

¹⁸ Sylvie GEISMAR-WIEVORKA - op. cit. - p. 104

2-2- La diversification de l'offre de soins : le développement des programmes de substitution

La méthadone a pendant longtemps symbolisé cette politique de substitution (à destination des seuls usagers dépendants à l'héroïne) introduite avec réticences, lenteur et méfiance en France¹⁹.

Cette molécule, synthétisée par les allemands pendant la 2^{ème} Guerre Mondiale pour pallier le manque de morphine, fait l'objet de premières recherches au cours des années 60 aux Etats-Unis (Vincent DOLE) devant l'échec des cures de sevrage.

Elle a donné lieu à plusieurs programmes à l'étranger pendant les années 70 (New-York, Suède, Pays-Bas...).

■ Le long cheminement de la méthadone en France

La méthadone est pour la première fois introduite en France par l'arrêté du 26 Avril 1972 qui autorise son administration en vue d'une utilisation thérapeutique expérimentale. 2 centres sont agréés pour une capacité totale de 40 places (Fernand Widal et Saint-Anne).

Il faudra attendre...1989 pour voir ce programme élargi avec l'ajout de 2 autres centres (Médecins du Monde à Marseille et Pierre Nicole à Paris) portant à 52 le nombre total de places disponibles.

L'utilisation de la méthadone est étendue en 1993 à toute institution associative ou hospitalière agréée qui peut garantir une prise en charge globale du toxicomane. Le nombre de places augmente alors régulièrement.

Enfin, par arrêté du 21 Mars 1995, la méthadone obtient son autorisation de mise sur le marché (AMM) et la circulaire DGS n° 95-29 du 31 Mars 1995 consacre l'extension du dispositif de prescription et de délivrance de la méthadone à tous les Centres de Soins aux Toxicomanes ainsi que la mise en place d'un relais de traitement en médecine de ville.

¹⁹ Voir 2 excellents petits ouvrages sur ce point :

Jacques HUGUENIN et al. - La méthadone : mode d'emploi - Ed. Alain Schrotter - 1996 - 147 p.
Sylvie GEISMAR - La méthadone - QSJ - PUF - 1996 - 127 p.

■ Le bilan de la méthadone

Le coup d'accélérateur donné au développement des programmes méthadone par le plan gouvernemental de 1993 s'appuie sur la double logique de la réduction des risques en direction des héroïnomanes (schématiquement, mieux vaut un toxicomane sous méthadone qu'un toxicomane séropositif) et des résultats encourageants des actions conduites à l'étranger.

Les nombreuses évaluations disponibles sur les programmes étrangers (New-York 1971-73, Fondation Phénix 1992, Suède...) font en effet apparaître :

- ➔ Une diminution de la criminalité et de la délinquance (-92%, mesurée en nombre de journées de prison dans l'étude de la Fondation Phénix)²⁰ ;
- ➔ Une progression du nombre d'emplois et de la réinsertion : 74% de patients réinsérés au bout de 2 ans en Suède²¹ ;
- ➔ La compensation globale du coût du traitement par les sommes versées à l'Etat par les patients (impôts, dettes ou frais de justice arriérés).

A New-York, le bilan est résumé en ces termes : « Methadone maintenance when prescribed in adequate doses has the potential to reduce transmission of HIV, eliminate the use of heroin, improve patients' health and increase their productivity »²².

Il faut dire que la délivrance de la méthadone comporte de nombreux avantages :

- ⊖ Absorption par voie orale, ce qui évite les injections et les risques de contamination ;

²⁰ Jean-Jacques DEGLON - « Les traitements de substitution par la méthadone, une prise en charge utile et efficace pour les héroïnomanes chroniques » in Archive of Public Health - 1995 - Vol. 53 (n° 5-6) - p. 170-71

²¹ O. BLIX - « Mortality and morbidity among patients in Methadone Maintenance in Sweden » in Archive of Public Health - op. cit. - p. 212

²² H. JOSEPH - J.S. WOODS - « A point in time : the impact of expanded methadone maintenance treatment on city wide crime and public health in New-York city 1971-73 » in Archive of Public Health, op. cit., p. 215

- ⊖ Aucun trouble de la vigilance ou euphorie : stockée à 98% dans le foie sous forme inactive, la méthadone ne procure aucun plaisir ;
- ⊖ Pas d'accoutumance, c'est-à-dire de nécessité d'augmenter les doses pour obtenir un même effet ;
- ⊖ Suppression de l'appétence pour les opiacés, principal facteur de rechute chez les héroïnomanes.

Toutefois, la méthadone, dont la prescription initiale ne peut être effectuée que par un Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST), s'est vue dépassée depuis 1996 par un autre produit de substitution, la buprénorphine haut dosage ou Subutex®.

■ La substitution aujourd'hui : champ et limites

Le Subutex® est autorisé sur le marché français depuis le 31 Juillet 1995 et disponible en officine depuis Février 1996. A l'inverse de la méthadone, la primo-prescription n'est pas réservée à un CSST mais peut émaner de tout médecin traitant après un examen médical dans le cadre d'une thérapie globale de prise en charge.

La politique française en matière de substitution repose donc désormais sur ces deux produits²³ dont le cadre d'utilisation a été défini par la Commission Consultative des traitements de substitution créée le 7 Mars 1994²⁴.

La répartition entre les deux est cependant fortement inégalitaire : selon les chiffres issus de la dernière étude de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, 7 000 héroïnomanes sont actuellement sous méthadone contre 55 000 environ sous Subutex®²⁵. Ce déséquilibre s'explique notamment par la capacité d'accueil insuffisante des CSST ainsi que par le manque de relais en médecine de ville pour ce qui est de la méthadone²⁶

²³ On trouvera un tableau comparatif de la méthadone et du Subutex® dans Elisabeth SEVENTIER-MULLER - La substitution : impact et perspectives pour les professionnels qui interviennent dans le champ de la toxicomanie - Mémoire IASS - ENSP - 1998 - p. 24

²⁴ Règles de prescription en matière d'ordonnances par exemple.

²⁵ Le Monde, 4 Décembre 1998

²⁶ Le Conseil Economique et Social note ainsi que « la prescription de l'un ou de l'autre de ces médicaments dépend donc plus de la structure à laquelle s'adresse l'utilisateur que d'une indication

Cet engouement pour le Subutex®, en dépit des effets bénéfiques reconnus (diminution du nombre de surdoses et d'infections à VIH), suscite toutefois un certain nombre de questions dont l'INSERM s'est fait le relais dans un rapport de 1998²⁷ :

- ⊖ Accompagnement insuffisant des médecins généralistes qui entraîne une consommation de rue, hors de tout contrôle ;
- ⊖ Maintien de la pratique de l'injection : certains patients s'injectent le Subutex® plutôt que de l'avaler, d'où des problèmes veineux et des risques d'embolie pulmonaire sans parler de l'infection à VIH ;
- ⊖ Réalisation de cocktails associant Subutex® et benzodiazépines.

Par ailleurs, une forte opposition à la politique de substitution demeure : l'objection éthique (maintien de la dépendance) persiste tout comme la mise en cause des « dealers en blouse blanche »²⁸.

Dans un chapitre consacré au « Procès français de la méthadone », Alain EHRENBURG décrit bien ce malaise : « Qu'est-ce qu'un substitué ? C'est quelqu'un qui n'est ni malade, ni en bonne santé (...) Il incarne une figue d'individu à la fois non malade et non guéri qui est appelée à se généraliser »²⁹.

Mais comme l'exprime bien l'équipe de la Fédération de Soins aux Toxicomanes du Centre Hospitalier MONTPERRIN, « la substitution soulage, et en cela elle soigne ; comme tout traitement médicamenteux, elle est ce qu'on en fait : administrée seule, elle colmate le symptôme ; dans un accompagnement

spécifique » - Conseil Economique et Social - Les toxicomanes dans la Cité - Rapport - Juillet 1999 - p. 71

²⁷ L'évaluation de la mise à disposition du Subutex® pour la prise en charge des usagers de drogue - Cf Libération - 12 Octobre 1998.

²⁸ « On échange des analyses d'urine contre un produit de substitution. (...) On a inventé des drogués médicaux-légaux » Claude OLIVENSTEIN - « Contre l'alliance du libéralisme et de la santé Publique » in Journal du SIDA - n° 82 - Février 1996 - p. 24

²⁹ Alain EHRENBURG - op. cit. - p. 124

psychosocial sérieux, elle permet au sujet de prendre de l'écart par rapport à sa souffrance, et favorise l'émergence du discours »³⁰

2-3- L'adaptation du système de soins classique à l'accueil et à la prise en charge des toxicomanes

Ce volet, qui sera complété par Simone VEIL et Philippe DOUSTE-BLAZY (circulaire du 11 Janvier 1995 relative à la poursuite du plan de lutte contre la toxicomanie), comporte une double dimension.

✓ Exploration de toutes les possibilités afin d'aller au devant des usagers de drogue les plus marginalisés.

Cela correspond à la mise en place d'équipes de rue, de lieux de contact ou à la création de boutiques³¹.

✓ Intégration de cette logique du « bas seuil » au sein de certaines structures classiques (notamment hospitalières) de prise en charge.

Cela suppose, pour ces institutions, de concevoir des alternatives aux programmes traditionnels à fortes exigences et visant l'abstinence (contrat, engagement, forte motivation...autant de notions que l'on retrouve encore par exemple en matière de sevrage alcoolique). Parler de « bas seuil », c'est donc poser le principe d'un faible niveau d'exigences à l'inverse des contrats stricts pratiqués jusqu'alors.

Comme l'explique Elisabeth JACOB, l'action des structures à « bas seuil » « s'inscrit dans un processus qui vise à reconstruire une base d'adhésion aux règles de la vie sociale en redonnant aux usagers de drogue les plus marginalisés l'usage des biens et services collectifs auxquels ils aspirent sans que des conditions préalables ou des contreparties soient exigées »³².

³⁰ Béatrice STAMBUL, Emmanuelle ANDRIEU et al - « Le secteur en première ligne » in Santé Mentale - n° 25 - Février 1998 - p. 32

³¹ Cf Infra

³² Elisabeth JACOB - « Les structures à « bas seuil » : nouvelle appréhension des phénomènes de toxicomanie ou gestion « a minima » des populations à risques ? » in Prévenir - n° 32 - 1^{er} semestre 1997 - p. 104

2-4- L'encouragement au développement des réseaux ville-hôpital (RVH)

Mis en place pour la première fois en 1991 pour la prise en charge des personnes atteintes de l'infection à VIH (circulaire DURIEUX), les réseaux ville-hôpital vont être encouragés par Bernard KOUCHNER avant d'être officiellement consacrés par Philippe DOUSTE-BLAZY³³.

La circulaire du 9 Novembre 1993 relative aux orientations du plan de lutte contre la toxicomanie aborde ainsi la question des RVH-toxicomanie dont les objectifs de travail seront précisés par une circulaire du 2 décembre 1993.

La circulaire du 7 Mars 1994 fixe les objectifs et les modalités de fonctionnement des RVH-toxicomanie. Dès lors, des créations supplémentaires seront proposées chaque année :

1995 : 12 RVH existants, proposition de 10 réseaux supplémentaires

1996 : proposition de 20 RVH supplémentaires...

Comme l'exposera un autre Ministre de la Santé, Hervé GAYMARD, l'objectif continu depuis 1993 est donc bien d'"améliorer les réponses, de favoriser la création de nouveaux outils lorsque cela est nécessaire, de tendre des ponts entre les différentes missions de l'hôpital, de mobiliser et de former les personnels médicaux et non médicaux "³⁴.

Cette rapide approche a donc permis de mettre en évidence les principales orientations et infléchissements de la politique française de lutte contre la toxicomanie depuis 1993 :

☛ Priorité à la réduction des risques ;

☛ Développement des programmes de substitution ;

³³ Cf Elisabeth JACOB - « Les RVH : instruments de reconstitution du système de prise en charge ou outils de requalification professionnelle » in Prévenir - op. cit. - p. 189-201

Gabriel BEZ - « Les RVH dans la lutte contre le SIDA et la toxicomanie » in Gestions Hospitalières - n° 35 - Déc. 1995 - p. 751-56

³⁴ Hervé GAYMARD - « Promouvoir et soutenir la mobilisation des acteurs du système sanitaire dans la lutte contre la toxicomanie » in Bulletin des réseaux - Avril 1996

☉ Encouragement des structures à « bas seuil » ;

☉ Actions partenariales et mobilisation des acteurs pour la mise en place de RVH.

Un établissement, quel qu'il soit, se devait donc d'intégrer ces différentes dimensions dans son propre projet. A charge ensuite pour lui de le moduler en fonction de ses caractéristiques et des données épidémiologiques, sanitaires et sociales du bassin de population qu'il couvre. Telle a bien été la démarche menée au sein du Centre Hospitalier MONTPERRIN.

3- La nouvelle offre de soins : la Fédération de Soins aux Toxicomanes

D'un intersecteur départemental à deux pôles de référence...

Comme indiqué précédemment, le département des Bouches-du-Rhône est particulièrement concerné par les problèmes liés à la toxicomanie. Historiquement pourtant, les interventions des pouvoirs publics se sont surtout concentrées sur Marseille, en considération sans doute de sa réputation de métropole portuaire, multiethnique et dangereuse !

Dés 1994, des associations y montent les premiers programmes orientés vers la réduction des risques (boutique transit de l'AMPT, Bus Echange de Seringues de Médecins du Monde...) ainsi que des centres méthadone. S'agissant du service public hospitalier, la seule structure habilitée à prendre en charge les toxicomanes est l'Intersecteur Départemental des Pharmacodépendances géré par le Centre Hospitalier Edouard Toulouse de Marseille.

Une concertation entre les différents interlocuteurs (DDASS, Centre Hospitalier MONTPERRIN, Centre Hospitalier Edouard Toulouse) aboutit, dans le courant de l'année 1995, à une réorganisation de cet Intersecteur³⁵ fondée sur :

- ⊖ La nécessité d'une prise en charge au plus près de la population, en application des principes arrêtés par le Schéma Départemental d'Organisation des Soins en Santé Mentale (SDO) élaboré par la DDASS ;

- ⊖ La possibilité pour le pôle aixois de s'engager dans la mise en place d'un Centre Méthadone, comme l'ont proposé les Médecins du Centre Hospitalier

³⁵ Cf projet d'établissement du Centre Hospitalier MONTPERRIN adopté par le Conseil d'Administration le 5 Juillet 1995 et délibération approuvant la scission de l'intersecteur en deux services distincts du 12 Octobre 1995.

MONTPERRIN en 1994³⁶, alors que l'Intersecteur a fait le choix de ne pas ouvrir une telle structure alors qu'il dispose d'un agrément.

La délibération précitée officialise ainsi, pour ce qui est du Centre Hospitalier MONTPERRIN, la scission de l'Intersecteur en deux services distincts. Une convention signée avec le Centre Hospitalier Edouard Toulouse le 6 Mai 1996 fixe les grandes lignes de la nouvelle organisation des soins :

⊖ Constitution d'un pôle marseillais (correspondant au groupe de secteurs psychiatriques n° 4), relevant du Centre Hospitalier Edouard Toulouse, et reposant sur un Centre de Consultations (Puget-Corderie) et une unité d'hospitalisation, La Villa les Pins. Il s'agit d'un bâtiment mis à la disposition du Centre Hospitalier Edouard Toulouse par le Centre Hospitalier MONTPERRIN dans l'attente de l'aménagement de nouveaux locaux à Marseille, et normalement pour une période transitoire allant jusqu'au 1^{er} Septembre 1997³⁷.

⊖ Mise en place d'un pôle aixois rattaché au Centre Hospitalier MONTPERRIN, ayant à l'origine vocation à couvrir les groupes de secteurs n°5 (Aix) et 6 (Arles-Martigues). Celui-ci doit alors reposer sur un centre de Consultations (« Boulégon ») et un centre méthadone de 50 places, conformément au projet d'établissement et à la délibération du Conseil d'Administration du 12 Octobre 1995.

Il reste donc à réaliser et à structurer ce nouveau pôle aixois.

1 - Les choix organisationnels

La création d'une structure destinée aux patients toxicomanes ne peut esquiver deux débats qui se sont donc posés au Centre Hospitalier MONTPERRIN. Il s'agit en effet de résoudre la tension existant entre population générale et approche spécifique ainsi qu'entre organisation sectorielle et intersectorialité.

³⁶ Voir la synthèse de ces propositions dans le « Projet de Centre Méthadone » rédigé au nom de l'ensemble des services en Octobre 1995 par Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Chef, et les Docteurs ANTONI, ARNAUD, LORIAN et STAMBUL.

³⁷ Finalement, pour des raisons de faible occupation et de conditions sanitaires dégradées, La Villa Les Pins sera fermée par les services de la DDASS au mois de Juin 1998.

1-1- Population générale et approches spécifiques

Reconnu par la circulaire du 15 Mars 1960, progressivement mis en place dans les années 70 avant d'être consacré par la loi du 25 Juillet 1985, le secteur se fonde sur une continuité des actions de prévention et de soins sur une aire géographique donnée³⁸. Il a également été conçu en réaction contre le modèle asilaire et les attitudes ségrégatives qui pouvaient s'exercer à l'égard de certaines catégories de malades³⁹. En ce sens, le principe d'une approche globale et généraliste figure parmi les bases de la sectorisation.

Ce souci d'une prise en charge destinée à l'ensemble de la population, sans catégorisation particulière, peut ainsi parfois se trouver en conflit avec la nécessité d'une approche spécifique : pratiques addictives (toxicomanes, personnes alcoolo-dépendantes), personnes âgées, adolescents, prise en charge de la chronicité...

Pour ce qui est de la toxicomanie, le choix des structures « à bas seuil » qui se mettent en place progressivement en France et à l'étranger encourage le développement d'une approche spécifique à certains individus. Il s'agit bien d'une volonté « de diversifier les services en répondant, à travers des programmes particuliers, à des individus particuliers, pour faire face à des problèmes particuliers »⁴⁰.

Les dangers inhérents à ce type de stratégie ont été souvent repérés, notamment sous l'angle de l'accès aux soins. Les filières spécifiques pour faciliter l'accès aux soins des personnes les plus démunies et les plus marginalisées (logique implicitement contenue dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé - PASS - prévues par la loi d'orientation du 29 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions) sont ainsi prises en étau entre leur objectif, servir de relais vers le dispositif classique, et leur déviation toujours possible, tenir lieu de structures pour désaffiliés, à l'écart des structures officielles, enracinant le problème au lieu de le résoudre⁴¹.

³⁸ Cf Patrick MORDELET - La santé mentale - Berger Levrault - 1987 - p. 107 et ss

³⁹ Voir par exemple le regroupement sur la base de critères étiologiques ou symptomatiques. Dans le plan d'origine du Centre Hospitalier MONTPERRIN, en 1877, 2 pavillons étaient destinés aux épileptiques, 2 aux malpropres et 2 aux incurables.

⁴⁰ Sandro CATTACIN et al. - op. cit. - p. 219

⁴¹ Cf Pierre VIDAL-NAQUET - « L'action sanitaire et sociale foraine : voie d'accès vers l'insertion ou filière de dérivation » in Prévenir - op. cit. - p. 43-51

Toute approche spécifique, initialement conçue comme destinée à faciliter le retour vers le dispositif de droit commun, présente donc le risque d'être transformée en une filière de dérivation à l'usage des populations visées.

C'est ce danger ségrégatif qui explique la méfiance que suscite toute approche spécifique au regard de la prise en charge généraliste et globalisante que propose le secteur.

Ce dilemme a été résolu par un compromis entre les deux logiques lors de la mise en place du pôle aixois :

- ✓ Approche spécifiquement orientée vers les usagers de drogue : centre de consultations spécialisé, programme de substitution...
- ✓ Maintien de la référence au secteur : pas d'unité d'hospitalisation spécifique, prise en charge, en cas de nécessité d'hospitalisation pour motifs psychiatriques, au sein des unités relevant des 6 secteurs de psychiatrie générale de l'établissement.

Un des enjeux important se situe alors, pour que cet équilibre puisse être maintenu, au niveau de la formation et de l'information de l'ensemble du personnel potentiellement concerné (et non des seuls agents affectés à la Fédération de Soins aux Toxicomanes), dimension sur laquelle il conviendra de revenir.

Ce choix se traduit aussi naturellement sur la forme adoptée par la nouvelle structure.

1-2- Secteur et Intersectorialité : le choix fédératif

« Probablement attirés par d'autres défis de nos missions de secteur, nous ne sommes pas impliqués dans la création des Intersecteurs et autres CSST, nous avons contemplé avec indifférence l'émergence hétérogène de structures qui se mettaient en place »⁴².

⁴² Béatrice STAMBUL, Emmanuelle ANDRIEU et al. - op. cit. - p. 30

Ce constat lucide d'une désertion des équipes psychiatriques du champ de la toxicomanie à partir des années 70 est partagé par de nombreux professionnels⁴³. Mais, à partir du moment où les services psychiatriques réinvestissent ce domaine, la question du mode d'organisation adopté se pose. En effet, le choix d'une approche spécifiquement ciblée sur certaines catégories de personnes (les usagers de drogue, quand il ne s'agit pas souvent des seuls héroïnomanes) se heurte à la vocation généraliste du dispositif sectoriel. Plusieurs hypothèses peuvent alors être envisagées.

■ Examen critique des possibilités organisationnelles existantes

✓ Un intersecteur de toxicomanie

Ce choix a par exemple été fait, au Centre Hospitalier MONTPERRIN, pour la prise en charge des personnes alcool-dépendantes⁴⁴. La logique d'une telle structure, lourde, repose toutefois sur la mise à disposition de l'ensemble des outils thérapeutiques : consultations mais aussi lits d'hospitalisation existant au sein de l'intersecteur.

✓ Une unité à gestion sectorielle et à prestations intersectorielles

Il s'agit ici d'individualiser au sein d'un service, en application de l'article L. 714.20 à L. 714.25 CSP, une unité fonctionnelle dotée de moyens matériels et humains et spécifiquement destinée à la prise en charge des usagers de drogue⁴⁵.

Cette modalité d'organisation a ainsi pu être retenue pour certaines structures type CATTP ou Hôpital de jour. 5 des 6 secteurs de psychiatrie générale du Centre Hospitalier MONTPERRIN se partagent ainsi une partie de la

⁴³ A propos de l'incidence psychiatrique du SIDA ou de l'exclusion, Serge KANNAS note ainsi : « Allons-nous éviter cette prise en charge comme nous l'avons fait pour la toxicomanie ? » in « Le secteur, pour quoi faire ? » in Actualité et Dossier en Santé Publique - « Santé mentale » - n° 15 - Juin 1996 - p. XV

⁴⁴ Encore faut-il relever que cet intersecteur est à vocation départementale.

⁴⁵ Selon l'article L. 720.20 CSP, les unités fonctionnelles sont des structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique, identifiées par leurs fonctions et leurs organisation, ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées.

ville d'Aix-en-Provence, mais il n'existe que 2 hôpitaux de jour (gérées par les secteurs 13G17 et 13G18) à prestations intersectorielles.

L'application de ce système en matière de toxicomanie supposerait toutefois qu'un seul secteur se « spécialise » en ce domaine, tout en offrant ses services à l'ensemble de l'établissement. Or, le problème des usagers de drogue concernant l'ensemble des services de psychiatrie générale, tous ont souhaité participer à l'organisation mise en place.

✓ Une fédération

L'existence de fédérations est prévue par l'article L. 714-25 CSP qui précise que « des services, départements ou unités fonctionnelles peuvent être regroupés en fédérations en vue soit du rapprochement d'activités médicales complémentaires, soit d'une gestion commune de lits ou d'équipements, soit d'un regroupement des moyens en personnel ou pour la réalisation de plusieurs de ces objectifs ».

La pratique fédérative existe déjà au Centre Hospitalier MONTPERRIN en 1995. L'ancien Département de l'Accueil et de l'Urgence a en effet été transformé en Fédération de l'Accueil, de l'Urgence et de la Psychiatrie de Liaison (FAULP) à partir d'unités fonctionnelles créées dans chacun des services. La FAULP a notamment en charge l'Accueil Soignant du Centre Hospitalier et la gestion des deux Centres d'Accueil Permanent (CAP 48) créés aux urgences du Centre Hospitalier du Pays d'Aix et du Centre Hospitalier de Salon de Provence. Il existe également une Fédération de Sociothérapie et Réinsertion (FSR) regroupant une unité fonctionnelle « sociothérapie » créée au sein des 6 secteurs de psychiatrie générale⁴⁶.

Cette organisation en fédération paraît la seule à même d'établir de solides relations entre les secteurs de psychiatrie générale et la prise en charge des toxicomanes, conformément aux recommandations du SDO, et d'engager plus globalement l'établissement.

C'est pourquoi la démarche fédérative sera finalement retenue pour la mise en place de la nouvelle structure : délibérations du Conseil d'Administration du 12

⁴⁶ La FSR assume par exemple la responsabilité de l'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) ou de l'Atelier Thérapeutique en Milieu Professionnel Ordinaire.

Le nouveau découpage de l'établissement en UF cliniques arrêté par le Conseil d'Administration dans sa séance du 30 Juin 1999 officialise par ailleurs la création d'UF « sociothérapie » au sein de chacun des 3 secteurs de pédo-psychiatrie.

Octobre 1995 et du 20 Décembre 1995 (création d'un UF « soins aux toxicomanes » dans chacun des secteurs de psychiatrie générale).

■ L'organisation fédérative

Le règlement intérieur de la FST a été adopté lors du Conseil d'Administration de Juin 1996⁴⁷

Il prévoit la constitution de la FST à partir du regroupement des UF « soins aux toxicomanes » créés au sein de chaque secteur de psychiatrie adulte et d'un UF homonyme créée ans le service de pharmacie-laboratoire.

La fédération comprend un collège des praticiens hospitaliers dont sont membres de droit les praticiens responsables des UF constitutives. Un coordonnateur est nommé parmi eux, pour une durée de 3 ans renouvelables, par le Conseil d'Administration sur proposition de la Commission Médicale d'Etablissement qui prend l'avis du collèges des praticiens.

Le gage de l'association des secteurs de psychiatrie à la fédération repose notamment sur le fait que le coordinateur conserve des fonctions cliniques ou pharmaceutiques généralistes et institutionnelles au sein de son service d'origine. Cette organisation suppose la mise en place d'une convention de délégation, dont le modèle est présenté en annexe, entre le secteur et la fédérative afin de répartir l'activité du praticien.

L'examen des diverses possibilités envisagées comme de la solution retenue est déjà riche d'enseignements sur la démarche qui a été privilégiée et pourrait utilement inspirer d'autres structures confrontées à la même situation. Avant d'en tirer le bilan dans la seconde partie et de réfléchir à des scénarios d'évolution, il convient toutefois d'étudier le projet de soins qui sous-tend l'activité de la FST ainsi que les moyens dont elle dispose.

2- La Fédération de Soins aux Toxicomanes

Sur les bases définies plus haut, la FST ouvre officiellement le 1^{er} Juillet 1996. Les principales orientations de la Fédération, déjà incluses dans le règlement intérieur approuvé par le Conseil d'Administration sont reprises et développées dans un projet de service adopté par l'équipe le 27 Janvier 1997.

⁴⁷ Document présenté en annexe

Enfin, la structure s'installe dans de nouveaux locaux entièrement rénovés, la Villa Floréal, en Novembre 1997.

2-1- Le projet de service

Le projet de service, voté le 17 Janvier 1997 par l'équipe à l'unanimité moins une voix, repose sur 3 axes essentiels :

■ La consultation

La consultation (activité de type CATT) est définie comme l'activité essentielle de la Fédération. Elle s'adresse aux usagers de drogue ou au personnes en traitement de substitution qui en font la demande.

Le projet prévoit par ailleurs que lorsque les troubles psychiatriques associés prévalent sur les problèmes liés à la toxicomanie, une orientation vers la psychiatrie générale est envisagée en collaboration avec le service concerné.

Enfin, ce travail de consultation peut bien entendu s'effectuer sous la forme de visite à domicile (VAD), soit à partir du seul service, soit en liaison avec ses différents partenaires.

■ La liaison

La fédération se fixe également pour objectif le renforcement des liens avec l'ensemble des partenaires engagés, à divers titres, dans le suivi et l'accompagnement de ses patients : services du Centre Hospitalier MONTPERRIN (secteurs de psychiatrie générale, pharmacie, urgences psychiatriques, équipe VIH-psychiatrie), Centre Hospitalier du Pays d'Aix, commission départementale de suivi...

A ce titre, le financement d'une équipe spécifiquement dédiée à la liaison a été obtenue (1 praticien hospitalier temps partiel + 1 infirmier).

Par ailleurs, la fédération s'appuie sur l'action du réseau Aix-Tox, composé de médecins, soignants et travailleurs sociaux institutionnels et libéraux du pays d'Aix, qui est considéré comme une structure complémentaire directe.

Une Convention de partenariat a également été conclue entre la FST, le RVH Aix-Tox et l'Association ELF le 19 Novembre 1997. Celle-ci vise à favoriser la prévention, l'accès aux droits et aux soins ainsi que l'accompagnement des usagers de drogue. Chacune des trois structures apporte ses compétences propres dans le partenariat ainsi formalisé :

- ⊖ Aide matérielle aux associations, soutien de son équipe de liaison pour la fédération ;

- ⊖ Réalisation de vacations médicales et mise à disposition des différents partenaires des médecins prescripteurs, des pharmaciens et des travailleurs sociaux du réseau ;

- ⊖ Travail de première ligne auprès des usagers de drogue les plus marginalisés et accompagnement de ceux-ci vers les autres partenaires pour l'Association l'ELF.

■ La substitution

La FST s'engage dans la mise en place d'un programme de substitution dans le cadre des nouvelles politiques de réduction des risques. L'activité de consultation assure ainsi la prescription et le suivi médico-social des personnes substituées à la buprénorphine.

Un centre méthadone a par ailleurs été inauguré en Novembre 1997 par le Secrétaire d'Etat à la Santé, Bernard KOUCHNER.

■ Les autres axes

Le projet de service retient également d'autres axes complémentaires des dimensions déjà indiquées :

- ⊖ Actions de prévention ;

- ⊖ Formation des différents intervenants ;

⊖ Evaluation de l'activité⁴⁸.

Il reste donc à examiner les moyens mis en œuvre afin de permettre la réalisation de ce projet.

2-2- Les moyens mis en œuvre

■ Moyens financiers

En 1997 (première année de fonctionnement en année pleine après la scission de l'Intersecteur départemental), les moyens financiers mis à la disposition de la structure s'élevaient à

Budget H : équipe de liaison (1 PHTP et 1 infirmier), soit 485 000 f.

Budget V :

- Crédits Etat Toxicomanie : 2 907 000 f.
- Remboursement par le C.H. Edouard Toulouse du coût des agents mis à la disposition de la Villa les Pins (4 ETP) : 1 657 000 f.
- Subvention de fonctionnement de la DGS : 100 000

Outre l'évolution annuelle de la base, ces moyens ont été augmentés depuis par l'obtention de crédits SIDA (220 000 f.) et par une subvention du Conseil Régional au titre de la méthadone (200 000 f.).

Les recettes versées au titre de la prise en charge des examens de laboratoire restent toutefois nettement inférieures au coût réel des analyses (et ce d'autant plus que la FST accueille près de 100 patients en traitements de substitution pour une capacité initiale de 50 places...).

L'analyse des moyens proposée en fin de seconde partie reviendra par ailleurs sur le financement nécessaire afin de mettre en place les projets qui seront évoqués plus loin.

⁴⁸ Le logiciel PSYDOC, outil statistique et dossier informatisé de soins a ainsi fait l'objet, dans ce cadre, d'un paramétrage spécifique.

■ Moyens humains

Les moyens en personnel à la disposition de la FST peuvent être classés en fonction de leur origine et de leur affectation.

Les effectifs proviennent en effet :

- Du centre de consultation de l'ancien intersecteur (rue Boulégon) ;
- De créations financées au titre de la liaison ou du centre méthadone.

Ils sont théoriquement affectés à une activité précise (consultation, liaison, méthadone), avec les conséquences budgétaires que cela comporte, comme indiqué dans le paragraphe précédent.

Le tableau suivant récapitule les moyens en personnel :

	Rue Boulégon	Créations
Consultation	1 PHPT 1 Psychologue 1 Ass. Soc. 1 Secrét. Méd. 1 Infirm.	
Liaison		1 PHTP 1 Infirm.
Méthadone		1 CI 2 Infirm. 0,5 préparateur 312 vacations pharmacie

A ce total, il conviendra d'ajouter 4 Infirmiers relevant du Centre Hospitalier MONTPERRIN et donc réaffectés dans cet établissement lors de la fermeture de la Villa Les Pins en Juin 1998⁴⁹.

⁴⁹ Cf supra, « D'un intersecteur départemental à deux pôles de référence ».

2^{ème} partie :

**PISTES POUR UNE AMELIORATION DE L'OFFRE DE
SOINS**

Après avoir détaillé, dans une première partie, le contexte, tant national que local, dans lequel la Fédération de Soins aux Toxicomanes a émergé, il maintenant nécessaire de dresser un état de l'existant au bout de plus de deux années d'existence. Celui-ci permettra alors d'envisager un scénario d'évolution et d'adaptation pour l'avenir visant à améliorer la prise en charge des usagers de drogue sur le bassin d'Aix.

1- Bilan critique de l'existant

2- Suggestion de scénario d'évolution

1 - Bilan critique de l'existant

Si l'activité déployée par la Fédération de Soins aux Toxicomanes témoigne du succès de la structure, certaines insuffisances peuvent toutefois être évoquées.

1 - Une forte activité

Les données issues du rapport d'activité de la FST pour l'année 98⁵⁰ mettent en évidence l'importante montée en charge de la structure. En ce sens, la Fédération de Soins aux Toxicomanes répond bien à un besoin manifeste.

Le tableau ci-dessous retrace les principaux items retenus par la Direction Générale de la Santé (DGS) dans les rapports de secteur.

File active	264
Nombre de patients vus pour la 1 ^{ère} fois	130
Patients vus une seule fois	49
Patients pris en charge exclusivement en ambulatoire	264
CO : soins en CMP ou unité de consultation	3720 actes
SD : soins au domicile	35 actes
SI : soins en institution substitutive au domicile	6 actes
SU : soins en unité d'hosp. somatique	6 actes
AA : soins ambulatoires autres	18 actes

⁵⁰ Il convient de souligner ici le sort particulier réservé aux fédérations dont les rapports annuels de secteur ne sont pas transmis au Ministère par les DRASS qui ne retiennent que les données relatives aux secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile.

Répartition des patients par sexe et âge

	?	< 15	15-24	25-44	45-64	65-84	> 84	TOT.
?	1	-	-	-	-	-	-	1
Masc.	4	-	25	171	8	-	-	208
Fém.	-	-	10	42	3	-	-	55
TOT.	5	-	35	213	11	-	-	264

Une analyse plus précise fait apparaître :

✓ Un fort accroissement de l'activité

La file active moyenne augmente en effet de plus de 50% par rapport à 1997.

✓ L'inclusion fréquente de nouveaux patients dans la file active

Ramené aux jours d'ouverture de la structure, le nombre de patients vus pour la première fois se traduit par un nouveau patient tous les 2 jours.

✓ Une bonne rétention des patients suivis

Le nombre de patients vus une seule fois abonde en ce sens.

D'un point de vue plus qualitatif, le rapport d'activité fait état :

⊖ D'un fonctionnement satisfaisant du réseau

Les généralistes confient régulièrement leurs patients pour initialisation des traitements de substitution à la méthadone ou en cas de comorbidités psychiatriques. De même, l'équipe de rue de l'Association l'ELF accompagne fréquemment des personnes à la FST, facilitant ainsi l'accès aux soins.

☛ D'un état de santé préoccupant

80% des personnes prises en charge sont positives au VHC, la majorité d'entre elles ayant développé une hépatite active.

☛ D'une origine géographique diversifiée

La moitié des patients sont domiciliés à Aix même, l'autre moitié réside dans d'autres communes du bassin aixois.

Ces quelques éléments confirment donc la nécessité et la bonne implantation de la FST. Il n'en demeure pas moins que certaines limites existantes peuvent être relevées.

2- Limites actuelles

La FST ne se distingue pas des structures spécialisées dans la prise en charge des usagers de drogue existant sur l'ensemble du territoire. En ce sens, les limites qui peuvent être relevées rejoignent certaines insuffisances déjà pointées au niveau national.

2-1- L'accès aux soins

La question de l'accès aux soins des usagers de drogue demeure un point important, objet de nombreux débats⁵¹. Il est vrai qu'elle rejoint à bien des égards la question plus générale de la prise en charge de la précarité et de la détresse sociale à l'hôpital comme on le verra dans le paragraphe suivant.

La réflexion porte généralement sur les modalités d'orientation vers le système sanitaire d'usagers de drogue le plus souvent très marginalisés et se situant en dehors des circuits d'intégration classiques. Divers relais pour l'accès aux soins ont ainsi pu être imaginés.

⁵¹ Voir par exemple Nadine NONAIN - « Des relais pour l'accès aux soins dans un quartier de St Denis » in Prévenir - op. cit. - p. 55-69

■ Les boutiques

Ces structures ont commencé à voir le jour en 1995 avec un financement DGS sur crédits SIDA⁵². Il s'agit alors essentiellement de lieux de contacts pour les usagers de drogue les plus marginalisés des grandes métropoles : Paris, Marseille, Toulouse, Nîmes...

Ceux-ci offrent toute une série de prestations diverses :

- Petite restauration ;
- Soins infirmiers de première urgence ;
- Réparation du corps : possibilité de se doucher, de laver son linge ;
- Distribution du matériel de prévention.

Mais les boutiques ne doivent pas être conçues comme des lieux de prise en charge. Il s'agit plutôt de structures de pré-orientation, de relais entre la rue et le système sanitaire et social.

Comme le disait Jean-François RIOUFOL, alors chargé de mission à la division SIDA en 1995, « les boutiques ne sont pas une fin en soi. Elles sont de façon conjoncturelle une ligne avancée de santé qui s'inscrit dans une faille du système sanitaire (et social). La preuve ultime de leur efficacité serait leur disparition, l'accès des usagers aux droits élémentaires se faisant dans le dispositif général et spécialisé »⁵³.

■ Les équipes de rue

A ce travail de rue peuvent être rattachées les expériences des antennes mobiles, des services forains⁵⁴. Toutes partent du constat que la complexité du système de soins requiert des compétences que toutes les personnes ne possèdent pas, d'où mauvaise orientation, méconnaissance des droits... « Deux processus d'exclusion se confortent mutuellement. D'un côté, le système de santé, en raison de sa complexité, décourage les populations les plus précarisées

⁵² Association Clémence ISAURE - Les boutiques et leur environnement - Actes du 2^{ème} séminaire national de réflexion - Toulouse - Novembre 1995 - 149 p.

⁵³ Les boutiques et leur environnement - op. cit. - p. 11

⁵⁴ La littérature sur le sujet regorge de nombreuses illustrations. Citons par exemple M. HAUTEFEUILLE, C. LANTRAN-DAVOUX - « Dispositif mobile d'accès aux soins : projet DIMAS » in Intervention - n° 47 - Décembre 1994 - p. 43-44

de s'y engager. D'un autre côté, l'absence de compétence et de savoir-faire des exclus détourne ces derniers de l'offre de santé »⁵⁵.

Ces structures souples répondent ainsi à un double objectif :

- ⊖ Servir de relais, de médiateur pour le recouvrement des droits, le raccrochage au système sanitaire et social ;
- ⊖ Réaliser un accompagnement de proximité : aller au devant des personnes en difficulté, nouer une relation de confiance, les inciter à répondre à l'assistance proposée.

Mais la mise en place de ces relais s'expose à un double risque, à une double dérive :

- ⊖ Création d'une filière de dérivation plutôt que d'une voie d'accès vers l'insertion.

Au lieu de servir de relais, les structures spécialisées pour désaffiliés (selon l'expression de Robert CASTEL), à l'écart des structures officielles, enracineraient donc le problème au lieu de le résoudre.

Le danger d'un sous-service public de santé, fonctionnant en vase clos et réservé aux plus nécessiteux, semble donc réel.

- ⊖ Limitation, selon la formule de Claude OLIVENSTEIN, à « une politique de charité destinée à assurer la tranquillité publique et sans perspective thérapeutique »⁵⁶.

Dans le cas de la FST, on a vu que le travail de rue et d'accroche des usagers de drogue les plus désocialisés incombait, à travers le fonctionnement

⁵⁵ Pierre A. VIDAL-NAQUET - op. cit. - p. 45-46

⁵⁶ Cité in Les boutiques et leur environnement - op. cit. - p. 13

Comme le montre Elisabeth JACOB, le risque serait alors « d'effectuer le travail de classement assigné à beaucoup de dispositifs d'intervention auprès des publics démunis et marginalisés : faire émerger ceux qui sont susceptibles de réintégrer le système de droit commun (les plus aptes, les mieux disposés) et produire, pour les autres, du contrôle social fondé sur le repérage et la territorialisation des personnes, le contact se limitant alors à un travail de neutralisation » in « Les structures à bas seuil » - op. cit. - p. 112

partenarial mis en place dans le cadre du réseau Aix-Tox, à l'Association l'ELF. Il n'en demeure pas moins que certaines insuffisances peuvent être relevées.

✓ Insuffisante couverture du territoire

Comme indiqué plus haut, le rapport d'activité de la FST laisse apparaître une origine partagée et équilibrée des patients suivis : 50% sur Aix et 50% sur les autres communes. Or, le dispositif évoqué, notamment pour ce qui est de sa passerelle avancée matérialisée à travers l'action des travailleurs sociaux de l'ELF demeure essentiellement aixois.

De même, les patients qui résident parfois dans des communes séparées de la Villa Floréal par 30 Km (Salon, Pertuis) doivent se déplacer, en fonction du rythme défini par la prescription médicale, à Aix pour recevoir leur traitement et consulter l'équipe de la FST.

Le Docteur STAMBUL note d'ailleurs dans son rapport d'activité que « la distance géographique se révèle un vrai problème pour un suivi rapproché et en particulier une mise sous substitution »⁵⁷.

Il est certain que cette centralisation de l'ensemble de la structure FST et des prestations offertes sur Aix constitue un obstacle important à l'accès aux soins que l'existence d'un réseau efficace de généralistes et de pharmaciens (dans le cadre d'Aix-Tox) ne parvient pas à compenser.

✓ La négligence de certains usagers

C'est notamment le cas des usagers des drogues faisant l'objet d'une mesure de détention. Ceux-ci peuvent en effet être doublement concernés soit par la mise en place initiale d'un traitement (notamment de substitution), soit par la poursuite de leurs soins pour les patients toxicomanes incarcérés après avoir commencé un suivi médical et psycho-social⁵⁸.

A cet égard, la circulaire du 11 Janvier 1995 prévoit que, lorsque la durée probable d'incarcération est inférieure à 6 mois, la poursuite des traitements

⁵⁷ Rapport d'activité de la Fédération de Soins aux Toxicomanes pour l'année 1998 - Centre Hospitalier MONTPERRIN - Juin 1999 - p. 139

⁵⁸ Marc GENTILINI - Problèmes sanitaires dans les prisons - Rapport au Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et au Secrétaire d'Etat à la Santé - Flammarion - 1997 - 180 p.

médicaux de substitution initiés en dehors de la prison doit être assurée, sauf demande explicite de sevrage formulée par le détenu.

De même, la loi du 18 Janvier 1994, qui s'est accompagnée d'un renforcement des moyens médicaux et infirmiers, devrait permettre la primo-prescription de traitement de substitution dans les prisons. Toutefois, pour les établissements ne disposant pas de SMPR, le concours d'une structure de soins spécialisée autorisée à délivrer de la méthadone est nécessaire.

Or, sur le bassin couvert par le Centre Hospitalier MONTPERRIN, se situent 2 maisons d'arrêt importantes (sans SMPR) : Luynes et Salon. La question de la prise en charge des usagers de drogue qui y sont incarcérés se pose donc, sans avoir reçu de réponse satisfaisante pour l'heure.

2-2- Une prise en charge sanitaire et sociale complète

Cet objectif fait référence à une triple difficulté, souvent imparfaitement résolue :

■ Mettre en place un accompagnement psychologique des traitements de substitution

En effet, l'inclusion sous traitement de substitution, à la méthadone ou au Subutex®, modifie profondément la gestion du temps des usagers de drogue. A la recherche désordonnée de la drogue se substitue, à heures fixes, la venue au centre.

Comme le dit un psychologue, « la question demeure de savoir comment les patients agencent les moments laissés vacants maintenant que l'héroïne ne constitue plus le but de leur journée »⁵⁹.

■ Répondre aux comorbidités psychiatriques et aux problèmes sanitaires

Outre les cas, particulièrement graves et qui ont contribué à attirer l'attention sur les usagers de drogue, du VIH et du VHC⁶⁰, la situation sanitaire des personnes toxicomanes se révèle particulièrement dégradée.

⁵⁹ in Jacques HUGUENIN - op. cit. - p. 61

Le bref inventaire dressé par La Revue du Praticien⁶¹ aboutit en effet à un constat alarmant : infections cutanées, affections des membres inférieurs, ulcères, problèmes dentaires...L'ensemble de ces « pathologies de la rue » se trouvent en outre aggravées par les injections répétées, le mauvais état nutritionnel, l'éventuelle séropositivité. Ces complications somatiques de la toxicomanie supposent :

- De pouvoir apporter les soins somatiques appropriés aux usagers de drogue suivis dans les centres spécialisés ;
- D'être en mesure de répondre à la demande des services somatiques (hépatologie, gastro-entérologie...) recevant des patients toxicomanes.

Cette double dimension (association des soins somatiques à la prise en charge et toxicomanie de liaison) mérite encore d'être développée au sein de la FST.

S'agissant des fréquents troubles psychiques dont sont victimes les usagers de drogue, il est alors nécessaire de réaliser l'association entre structures spécialisées pour toxicomanes et secteurs de psychiatrie générale.

L'organisation adoptée par le Centre Hospitalier MONTPERRIN encourage cette relation : fédération à partir des 6 secteurs de psychiatrie générale, hospitalisation au sein de ces derniers si nécessaire.

Le rapport d'activité de la FST fait état d'un net progrès dans la collaboration de l'équipe avec les services de l'hôpital. Il n'en demeure pas moins que la méfiance importante dont font l'objet les patients toxicomanes dans les unités demeure et qu'un travail important de formation et d'information doit être poursuivi.

■ Assurer le suivi social des patients

La forte marginalisation des usagers de drogue explique qu'à leur situation purement sanitaire se greffent fréquemment des problèmes sociaux à résoudre.

⁶⁰ Cf Julien EMMANUELLI - « Toxicomanie et hépatite C : implication en termes de réduction des risques » in SWAPS - n° 4 - Octobre 1997

⁶¹ Patrick DECLERCK - Patrick HENRY - « Pathologie de la rue » in La Revue du Praticien - n° 15 - 1^{er} Octobre 1996 - p. 1844-48
Philippe CHOSSEGROS - « Les complications somatiques de la toxicomanie » in Toxibase - n° 3 - 1995 - P ; 1-25

Les limites rencontrées apparaissent doubles :

⊖ Trouver des modes d'intervention sociale appropriés aux usagers de drogue, le schéma classique d'intervention des travailleurs sociaux " projet de vie " ...) paraissant souvent inapproprié⁶².

⊖ Réintégrer la question sociale au cœur de l'hôpital

Le clivage profond entre le sanitaire et le social (lié notamment à la séparation et à la non-fongibilité des sources de financement) joue ici pleinement. En dépit des incitations à l'ouverture de l'hôpital sur la ville, il semble que seuls certains services répondent à cette exigence et que l'hôpital dans son ensemble résiste à cette évolution.

Marc BESSIN prend ainsi l'exemple des services d'urgence : « Constituant un sas entre la ville et les services qui exercent un filtrage important, ils jouent en fait le rôle de fusible face à la montée du social, préservant quelque peu le reste de l'établissement des doutes induits par la redécouverte de la problématique sociale »⁶³.

Un effort important doit donc être accompli en la matière⁶⁴, ce que le dispositif prévu par la loi d'orientation du 28 Juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions viendra sans doute faciliter ».

2-3- Le fonctionnement du réseau⁶⁵

La première partie a eu l'occasion d'insister sur les conditions de la mise en place des réseaux en matière de toxicomanie entre 1993 et 1996.

⁶² Cf Esprit - « A quoi sert le travail social ? » - Mars - Avril 1998

⁶³ Marc BESSIN - « Ouvertures et résistances de l'hôpital face à la question sociale » in Prévenir - op. cit. - p. 19

⁶⁴ Vincent VIUJAS - « Santé - Social : professionnels de tous les bords, encore un effort » - ENSP - Janvier 1999

⁶⁵ Tous les développements relatifs à la notion de réseau doivent beaucoup à ma camarade et amie Claire MOPIN qui a eu la gentillesse de me faire partager ses recherches sur ce thème dans le cadre de son mémoire sur le positionnement d'un CHU dans un réseau. Mille merci.

Selon le plan de mobilisation pour lutter contre la toxicomanie du 14 Septembre 1995, le RVH toxicomanie constitue ainsi la forme de suivi la plus adaptée à des patients dont l'adhésion à une prise en charge prolongée s'avère souvent difficile à obtenir.

L'évaluation des réseaux existants laisse toutefois apparaître un fonctionnement plutôt centré sur l'hôpital, d'où le reproche d'hospitalo-centrisme.

L'étude réalisée en 1997 dans le cadre du module interprofessionnel de management du système de santé organisé par l'ENSP sur l'articulation du sanitaire et du social en psychiatrie en Ile-et-Vilaine montre ainsi que les réseaux constitués restent très liés à la psychiatrie et ont du mal à s'ouvrir à la société⁶⁶.

Gérard MASSE n'hésite pas à aller plus loin et parle de psychiatres qui « n'ont pas de culture humble »⁶⁷, ce qui explique que les services hospitaliers de psychiatrie aient tendance à dominer et à organiser autour d'eux l'ensemble des réseaux auxquels ils sont partie prenante.

Pourtant, et notamment dans le cadre de la prise en charge des usagers de drogue, des compétences multiples sont nécessaires du fait de l'imbrication déjà évoquée de plusieurs types de problématiques (psychiatriques, somatiques, sociales...). Le fonctionnement du réseau doit donc être regardé de près et éviter, autant que possible, tout hospitalo-centrisme.

Au niveau du réseau Aix-Tox, il est certain que l'équipe de la FST (et donc le Centre Hospitalier MONTPELLIER) y tient un rôle important : la Villa Floréal héberge la structure, le Docteur STAMBUL en est Vice-Présidente...Il peut ainsi être à craindre que son fonctionnement soit plus centré sur l'hôpital, plaque tournante du dispositif, que sur le patient. C'est particulièrement les cas en matière de méthadone où le relais avec les autres acteurs du réseau (pharmaciens et généralistes de ville) s'effectue mal. On retrouve ici le travers de la psychiatrie déjà relevé qui fait que celle-ci a tendance à capter et à conserver les patients qui lui sont confiés.

⁶⁶ Colette BLANCHET et alii - L'articulation du sanitaire et du social en psychiatrie : une question permanente - Séminaire Interprofessionnel - ENSP - 1997 - p. 15

⁶⁷ Entretien avec Maya VILAYLECK et l'auteur - Paris - 20 Octobre 1998

L'objectif du réseau doit également être de regrouper l'ensemble des intervenants concernés par la problématique de la toxicomanie afin de mettre véritablement en place une pratique coopérative au sein du système de santé⁶⁸.

Sur ce point précis, il est probable que le maillage réalisé, pourtant dense (généralistes, pharmaciens...) soit insuffisant et que certains trous dans le réseau demeurent : liaison avec les autres équipes investies dans la prise en charge des conduites addictives à l'heure où les polytoxicomanies se développent, personnes intervenant auprès des adolescents, structures d'hébergement en urgence...

Les principales insuffisances repérées au niveau national ont donc été reprises ici, et éventuellement appliquées à la FST.

Il reste alors à imaginer des éléments de réponse à apporter pour compléter le dispositif actuel et améliorer l'organisation des soins.

⁶⁸ Marc BREMOND (dir.) - Pratiques coopératives dans le système de santé - IMAGE - Ed. ENSP - 1998 - 103 p.

2- Suggestions d'évolutions

Après avoir proposé un schéma d'organisation, il conviendra d'en tirer les éléments d'application au Centre Hospitalier MONTPERRIN et à la Fédération de Soins aux Toxicomanes et d'en vérifier les conditions matérielles de réalisation.

1- Schéma d'organisation des soins

Des constats dressés précédemment et des insuffisances relevées tant au niveau national que local il est possible d'extraire certaines leçons permettant de suggérer un schéma synthétique d'organisation des soins.

1-1- Un dispositif gradué

Il s'agit ici essentiellement de répondre à deux problèmes indiqués comme particulièrement prégnants :

- ⊖ L'accès aux soins et l'intégration progressive au système de santé de l'ensemble des usagers de drogue, y compris les plus marginalisés ;
- ⊖ La prise en compte de la problématique sociale et le décroisement du sanitaire et du social.

En ce sens, le modèle proposé par Jean-François BAUDURET paraît correspondre à ces objectifs⁶⁹.

Ce dispositif devrait donc s'articuler autour de 3 niveaux, fonctionnant en réseau.

⁶⁹ Jean-François BAUDURET - « La psychiatrie, une discipline au carrefour du sanitaire et du social » in *Gestions Hospitalières* - n° 370 - Novembre 1997 - p. 741 et ss.

■ Les équipes mobiles

Leur objectif essentiel est d'aller au devant des personnes ne formulant aucune demande.

Composées de manière pluridisciplinaire (travailleurs sociaux, assistants socio-éducatifs, infirmiers psychiatriques...), elles assurent des fonctions de repérage et de prévention primaire.

Ces équipes mobiles, après avoir réussi la phase d'accroche des populations, les connectent sur le dispositif avancé, trajectoire normale d'accès aux soins et d'intégration au système sanitaire classique.

■ Le dispositif avancé

Intégré dans la cité, il a pour objectif de favoriser la fidélisation de la clientèle.

Association du travail aujourd'hui pratiqué dans les boutiques et du rôle assumé par des consultations spécialisées avancées, ce dispositif permet :

- ⊖ De répondre à l'urgence à travers la prise en charge des soins de première nécessité et l'écoute qu'il offre aux usagers ;
- ⊖ D'élaborer un projet de soins, éventuellement assumé et repris dans un second temps par les institutions spécialisées.

■ Les institutions spécialisées

Celles-ci sont vouées aux soins actifs et répétés.

Elles représentent le dispositif classique et traditionnel de prise en charge et de délivrance des soins : traitements, consultations, psychothérapies...

Les deux premiers niveaux ont donc pour vocation de conduire progressivement et selon la nécessité les usagers de drogue vers ces institutions. Un tel schéma de fonctionnement éviterait donc la dualisation redoutée dans l'organisation des soins et la constitution d'un sous-système de santé pour désaffiliés.

Mais l'efficacité d'un tel dispositif gradué suppose que l'ensemble des structures s'articule et coordonne leur fonctionnement. Cela n'est possible que dans le cadre d'un réseau.

1-2- Un réseau centré autour du patient

Les théoriciens des réseaux les définissent par opposition aux autres modes d'organisation.

Le réseau se distingue ainsi de la hiérarchie où la coordination est fondée sur l'autorité. Il diffère également du marché où cette coordination fonctionne grâce à un système, les prix, mettant en rapport décisions et informations dispersées.

A l'inverse, le réseau assure la coordination de tout ou partie de l'activité d'unités de production autonomes s'inscrivant dans une certaine durée et prenant la forme de contrats ou de conventions⁷⁰.

Selon la formule de Pierre LARCHER, « le fonctionnement en réseau subvertit le fonctionnement institutionnel par essence hiérarchique et cloisonnant »⁷¹.

Reste que la notion de réseau recouvre des structures ou des organisations qui peuvent revêtir plusieurs formes très différentes. Il est ainsi fréquent de distinguer le « réseau-structure », où la structure fonctionnelle et l'organisation priment, du « réseau-processus » qui privilégie la nature des relations existant entre les divers éléments qui constituent le réseau. Ce dernier semble ainsi offrir davantage de gages de souplesse et stimuler plus facilement l'innovation et le changement.

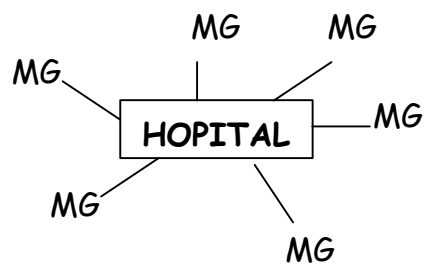
Reprenant une modélisation déjà proposée, il est possible de repérer 4 types de réseaux en matière de toxicomanie⁷².

⁷⁰ Cf Pierre HUARD - Jean-Paul MOATI - « Introduction à la notion de réseau » in *Gestions Hospitalières* - n° 35 - Déc. 1995 - p. 735-36

⁷¹ Pierre LARCHER - « Des réseaux dans tous leurs états à l'Etat dans tous ses réseaux » in *Prévenir* - op. cit. - p. 177

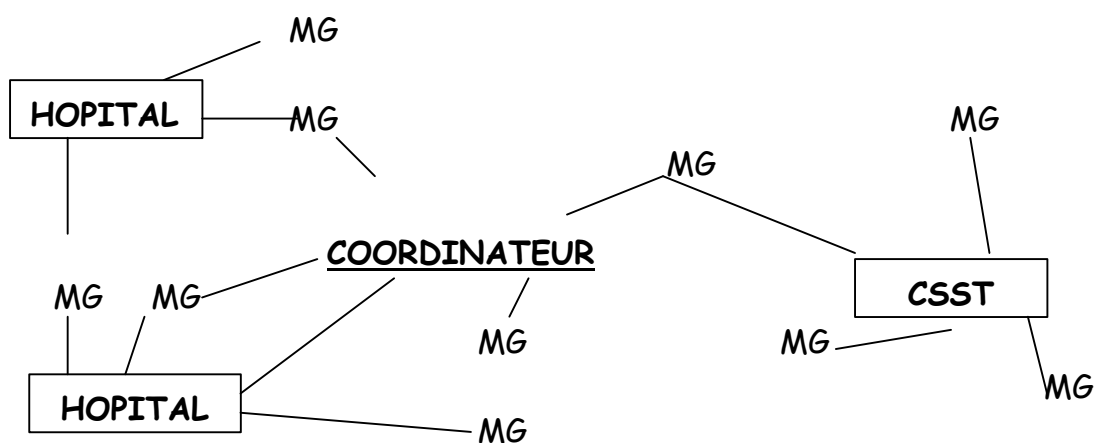
⁷² Isabelle VIAUD - LAGRANGE - *Les réseaux au cœur de l'articulation du sanitaire et du social dans la lutte contre la toxicomanie en Charentes Maritime* - ENSP - IASS - 1998 - p. 37-38

Réseau centré sur les institutions

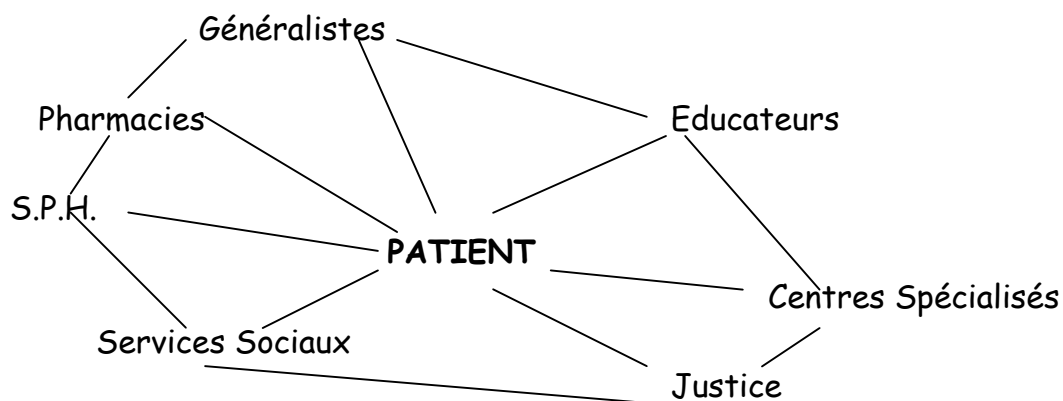


MG = Médecin Généraliste

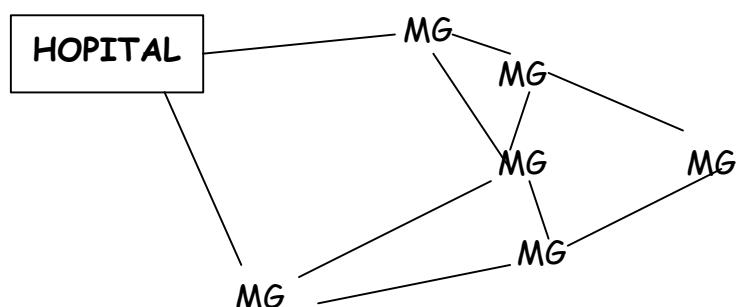
Réseau Ville - Hôpital proprement dit



Réseau local opérationnel centré autour du patient



Réseau coordonné de médecins généralistes



Si l'on peut, pour les raisons indiquées précédemment, reprocher souvent aux différents réseaux de fonctionner selon le premier modèle (hospitalo-centré), il semble que celui qui soit le mieux à même de répondre aux divers objectifs et au dispositif gradué proposé soit le troisième.

Celui-ci garantit en effet :

- ⊖ L'apport des compétences spécifiques des différents intervenants (psychiatres, somaticiens, travailleurs sociaux, pharmaciens, justice...);
- ⊖ L'intégration du patient au dispositif, quelle que soit la porte d'entrée par laquelle il pénètre dans le réseau. Le maillage, organisé autour du patient, est donc pleinement efficace.

1-3- Une règle claire de répartition des compétences

L'organisation proposée fonctionne en effet sur la complémentarité et les compétences réciproques des différents intervenants.

Il s'agit donc de définir et de respecter très précisément les missions de chacun afin :

- ⊖ D'éviter les doublons ou situations de concurrence préjudiciables à la prise en charge du patient ;
- ⊖ De garantir que certains domaines (Ex : social) ne sont pas négligés.

Cela suppose donc, de la part de chacun, une dose de modestie et la faculté de reconnaître que tout ne peut être accompli par un seul intervenant, fût-ce l'hôpital !

Comme l'écrit le Docteur STAMBUL, « nous sommes conscients que notre institution ne peut pas offrir tous les types de prestations et que nous avons des limites structurelles qui nous empêchent d'abaisser indéfiniment le seuil »⁷³.

L'élément fondamental de cette coopération et de cette coordination des différents acteurs sera, chaque fois que nécessaire, la convention.

1-4- Le renforcement de la prévention

Cet aspect ne saurait évidemment être négligé en matière de politique sanitaire relative à la toxicomanie.

Des efforts importants restent toutefois à accomplir notamment en direction des populations potentiellement les plus concernées. Ces recommandations figurent en bonne place dans les études que les différentes Conférences Régionales de Santé (dont celle de la région PACA) ont consacré à la santé des adolescents.

Un rapprochement des différentes équipes (équipes spécialisées dans la prise en charge des usagers de drogue, équipes de pédo-psychiatrie et de pédiatrie) doit donc être opéré.

L'ensemble de ces éléments permet donc de dresser les grandes lignes d'un schéma opératoire d'organisation des soins. Il est toutefois nécessaire maintenant d'examiner comment cette modélisation peut être appliquée à la FST puisqu'il va de soi que tout modèle rigide doit être banni et que le système adopté doit tenir compte et se mouler au sein des réalités et pratiques locales⁷⁴.

⁷³ Béatrice STAMBUL - « Toxicomanie et VIH : pour une éthique du bas seuil » in Rencontres du CISIH - Marseille - Novembre 1997

⁷⁴ Et ce d'autant plus que le domaine de la toxicomanie est devenu un champ d'action pour les collectivités locales. Cf Michel LEGROS - "Politiques de santé : les municipalités agissent" in Consommation et Modes de vie - CREDOC - n° 99 - Juin 1995 - p. 1-4

2- Conséquences pour le bassin d'Aix

2-1- La mise en place de consultations avancées

L'organisation adoptée intègre déjà certains aspects figurant dans le schéma précédemment développé :

- Séparation nette entre « équipes mobiles » (travail accompli par l'Association ELF) et institutions spécialisées (la Villa Floréal, à la fois CSST et Centre Méthadone) ;
- Répartition des rôles entre ces différents professionnels et formalisation dans le cadre d'une Convention tripartite (FST - ELF - Aix-Tox)

On a toutefois relevé les limites subsistant en matière d'accès aux soins, du fait notamment de la polarisation sur la seule ville d'Aix-en-Provence.

Une des solutions envisageable, qui a le soutien de l'équipe de la FST et de la DDASS, consisterait donc à l'insertion dans ce dispositif d'un niveau intermédiaire sous la forme de consultations avancées mises en place dans certaines villes du bassin aixois. Parallèlement, le travail de rue de l'équipe de l'ELF se développerait également sur ces sites.

Le concept d'antennes de la Fédération émerge donc. Ces antennes, qui doivent nécessairement bénéficier de temps infirmier et médical (cf analyse des moyens) auraient pour mission :

- ☉ De délivrer et initialiser les traitements de substitution et d'assurer l'accompagnement des patients ;
- ☉ De renforcer le travail de liaison avec les différents partenaires locaux.

Le choix des villes tient en premier lieu compte de la distance géographique avec Aix et la Villa Floréal. C'est pourquoi le projet d'implantation sur Salon et Pertuis est déjà bien avancé.

Le projet d'établissement du Centre Hospitalier MONTPERRIN pour la période 1999-2004 retient également le principe d'une antenne sur Vitrolles.

Il paraît toutefois nécessaire, dans un proche avenir, de mettre en place ces antennes au regard de la géographie des usagers de drogue.

Sur ce plan, il semble que, vraisemblablement pour des motifs politiques, les zones de fort trafic et d'addiction se soient déplacées du pourtour de l'Etang de Berre (Vitrolles notamment) vers le Nord-Ouest du département (Miramas, Lançon, Lamanon...). Le dispositif mis en place à Salon devra donc probablement être complété, selon cette logique, par une structure à Miramas par ailleurs réclamée par le service de psychiatrie générale en charge de ce secteur.

2-2- Le recentrage du réseau sur le patient et le renforcement du travail de liaison

Le réseau Aix-Tox, qui fut le premier RVH agréé par la DDASS dans le département a démontré son efficacité, notamment en matière de prise en charge des patients en traitement de substitution sous Subutex®.

L'obtention d'un mi-temps propre d'assistante sociale constitue également un gage d'intégration du volet social au sein du dispositif.

Mais, comme cela a été indiqué précédemment, le fonctionnement ne paraît pas satisfaisant sur le volet méthadone. Pour des raisons qui tiennent à la fois aux textes (l'initialisation ne peut être réalisée qu'en CSST) et à la pratique psychiatrique qui tend à conserver ses patients, le relais avec les pharmaciens et les généralistes de ville ne s'effectue pas ou peu.

Il s'agit donc d'une priorité à mettre en place dans les années à venir notamment afin de garantir une prise en charge de proximité et d'éviter d'engorger la Villa Floréal. En effet, avec un agrément initial de 50 places, la structure suivra probablement en fin d'année plus de 100 patients. Le temps consacré aux entretiens tout comme l'activité du service de pharmacie s'en ressent lourdement. Un meilleur passage de relais dans le cadre du réseau, outre son aspect bénéfique pour le patient (caractère moins stigmatisant de la prise en charge), serait ainsi à même de résoudre ou du moins de limiter certaines difficultés importantes en termes de gestion pour l'hôpital.

■ L'ouverture à de nouveaux partenaires

Le réseau doit par ailleurs s'ouvrir à de nouveaux partenaires :

☉ Conventionnement avec la Maison d'Arrêt de Luynes et le Centre Pénitentiaire de Salon de Provence afin d'assurer le suivi des usagers de drogue incarcérés.

Il convient de relever ici que, si cet aspect n'a pas encore suffisamment progressé à l'heure actuelle, les retards sont moins imputables à la volonté de l'hôpital qu'à l'attitude de l'administration pénitentiaire qui refuse pour l'heure de supporter la charge financière des examens et prescriptions.

☉ Renforcement des liens avec les services sociaux

Le réseau comporte déjà des représentants de CCAS, notamment celui d'Aix. Le partenariat avec les CCAS des autres Communes du bassin aixois doit donc être développé.

☉ Intégration de la police et de la justice

Les rapports entre les institutions de soins et la gendarmerie ou les forces de police ont beaucoup évolué. La méfiance initiale a laissé la place à une ébauche de travail en commun qui doit être poursuivi. Les différentes rencontres (formations et informations sur les missions et l'activité quotidienne de chacun) organisées de manière informelle y ont certainement joué un rôle non négligeable.

Ce volet mérite donc d'être renforcé, grâce notamment à l'outil que constituent les Conseils Communaux de Prévention de la Délinquance (CCPD). Déjà, la participation de l'équipe de la FST aux CCPD d'Aix et de Salon permet d'envisager un partenariat enrichissant. En effet, la mise en place de consultations avancées ou la couverture de zones nouvelles jusque là négligées doit s'envisager au regard de l'environnement local. Le développement des traitements de substitution (diminution du trafic et donc des revenus de ceux qui en vivent) n'aura pas les mêmes conséquences dans une ville à fort passage comme Aix et dans un quartier fonctionnant en vase clos à l'image de certaines cités de Miramas par exemple. En cela, la police et la justice peuvent fournir un éclairage important.

☉ Développement du partenariat avec l'intersecteur d'alcoologie

Comme le montrent les études récentes et comme y encouragent les dernières recommandations de la MILDT, les équipes spécialisées dans la prise en charge des usagers de drogue doivent se rapprocher de celles investies dans le traitement des personnes alcoolo-dépendantes⁷⁵.

⁷⁵ Cf Conseil Economique et Social - op. cit. -

En effet, il apparaît que les traitements de substitution se sont accompagnés d'une forte augmentation de la consommation d'alcool.

Le dispositif spécialisé, initialement créé pour répondre aux besoins des personnes dépendantes à l'héroïne, doit donc évoluer afin de prendre en compte le développement des poly-toxicomanies et des nouveaux modes de consommation.

Sur ce plan, la FST et l'intersecteur départemental d'alcoologie relevant également du Centre Hospitalier MONTPERRIN ont encore beaucoup de chemin à parcourir et les échanges entre les deux équipes devront être intensifiés.

La FST pourra également bénéficier du concours des partenaires traditionnels du service d'alcoologie que sont les CHAA.

■ Le renforcement de la liaison

Dans son rapport plusieurs fois cité, le Conseil Economique et Social insiste particulièrement sur la nécessité, pour l'hôpital, d'assurer une prise en charge globale des comportements addictifs. En effet, « pour l'essentiel, les personnes dépendantes sont accueillies à l'hôpital en fonction de la pathologie associée dont elles souffrent, sans prise en compte particulière de leur dépendance »⁷⁶.

On comprend ainsi pourquoi le travail de liaison exercé par les équipes spécialisées dans les soins aux toxicomanes doit être renforcé. A ce titre, le Conseil Economique et Social retient l'objectif de la création d'une vingtaine d'équipe de liaison supplémentaire par an pendant cinq ans afin de garantir la présence d'une équipe dans chaque hôpital de plus de 200 lits MCO.

Comme indiqué dans la première partie, la FST a obtenu en 1997 le financement d'une équipe de liaison (1 PHTP et 1 infirmier). Diverses actions ont déjà été mises en place tant au niveau des secteurs de psychiatrie générale du Centre Hospitalier MONTPERRIN que du service d'hépatologie du Centre Hospitalier du Pays d'Aix (CHPA).

Note d'orientation de la DGS du 5 Novembre 1998

⁷⁶ Conseil Economique et Social - op. cit. - p. 65

L'expérience enrichissante d'échanges de temps médicaux (sur une demi-journée) entre le praticien hospitalier affecté à la FST et le PH responsable de l'équipe mobile Psy-VIH et du Comité SIDA mérite également d'être relevée.

Ce travail de liaison doit toutefois être intensifié et élargi. Plusieurs pistes sont ainsi envisageables :

☉ Intervention au niveau des maternités afin de prendre en compte la situation particulière des mères usagers de drogue ou en traitement de substitution.

Les effets bénéfiques des trithérapies expliquent en effet que cette situation, autrefois marginale, prenne de l'importance. De même, le champ du travail de liaison devra s'orienter vers les services de pédiatrie.

☉ Echanges avec l'unité d'hépatologie et le service de gastro-entérologie du CHPA, avec mise en place de consultations de praticiens de ces disciplines au sein de la Villa Floréal.

Le renforcement des liens existant en la matière doit être regardé comme prioritaire au vu de la situation alarmante des usagers de drogue en matière de VHC.

☉ Intensification des relations avec la structure de soins palliatifs « La Maison » à Gardanne.

☉ Développement des formations déjà mises en place auprès des médecins urgentistes.

A cela s'ajoutent bien entendu les rapprochements déjà préconisés avec le service d'alcoologie, les CHAA, la police, la justice...

2-3- Le développement d'actions de prévention et de réinsertion

Sur le volet préventif, la FST devra travailler en complémentarité avec les structures existantes afin de répondre aux besoins spécifiques des adolescents.

En ce sens, les infirmiers détachés afin de faire fonctionner l'antenne de Salon de Provence seront vraisemblablement amenés à participer à l'Espace Santé - Jeunes de la ville.

Cette structure, mise en place à l'initiative de la Municipalité, regroupe les compétences des services de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie générale, de pédiatrie, du CCASS, de la DISS...

De même, le développement du projet adolescents sur Aix (création d'unité de consultations spécialisées et d'une unité d'hospitalisation en complément du point Ecoute - Jeunes existant déjà) porté par le secteur 13I08 du Centre Hospitalier MONTPERRIN ne saurait être complet sans l'association de l'équipe de la FST à sa réalisation pratique.

Il va de soi enfin que les actions de formation - information sur les usagers de drogue, les modalités de prise en charge ou les traitements de substitution déjà entreprises, tant vis-à-vis du personnel du Centre Hospitalier MONTPERRIN (unités intra-hospitalières) que des différents intervenants libéraux ou du CHPA, ne peuvent que contribuer au renforcement de cette dimension préventive.

S'agissant de l'accompagnement social et de l'effort de réinsertion, les améliorations devront porter sur :

☉ La reconnaissance des droits

Le partenariat ancien du Centre Hospitalier MONTPERRIN avec l'Université d'Aix-Marseille III (Faculté de droit) pourrait ainsi être mis à profit afin de réaliser, à un rythme régulier, des consultations juridiques au bénéfice des patients de la FST.

De même, le recours à des contrats emploi-jeunes de type « auxiliaire social » viendra compléter l'action des assistantes sociales en se chargeant notamment des tâches qu'elles n'accomplissent pas (accompagnement aux guichets par exemple).

☉ Le rapprochement du milieu professionnel

Les traitements de substitution permettent d'envisager à nouveau l'exercice d'une activité professionnelle comme le confirment les données citées en première partie.

La réinsertion professionnelle reste cependant problématique. Ce volet pourrait ainsi être enrichi par la mise en place d'une permanence régulière de l'ANPE au sein de la FST.

Quelques pistes ont donc permis de mieux cerner dans quelle direction la FST devait s'orienter afin de répondre aux limites rencontrées et d'assurer une prise en charge globale de l'utilisateur de drogue quelle que soit sa situation. Cette analyse demeurerait toutefois incomplète sans un examen des moyens nécessaires pour atteindre ces objectifs.

3- Analyse des moyens

Une rapide analyse permet de proposer une indication du coût des mesures proposées. Ce chiffre ne porte que sur les moyens supplémentaires nécessaires en exploitation (dépenses de groupe 1 - personnel).

Il ne faut certes pas perdre de vue que la mise en place d'antennes suppose de trouver des locaux adaptés. Dans le cadre du développement des structures extra-hospitalières au sein de "villes-relais" sur le bassin d'Aix comme le prévoyait le précédent projet d'établissement, le Centre Hospitalier MONTPERRIN a ainsi privilégié l'achat plutôt que la location.

L'implantation de la FST sur Pertuis, Salon, Vitrolles ou Miramas nécessite donc l'acquisition de nouveaux bâtiments. Cela peut également être couplé avec le déménagement des structures de psychiatrie générale et leur relocalisation sur le même site que l'antenne de la FST (projet envisagé à Pertuis).

Il s'agit toutefois de dépenses d'investissement (classe 2) et non d'exploitation, même si des conséquences sont inévitables en matière d'exploitation : annuités d'emprunt ou dotations aux amortissements.

Or, compte-tenu de sa situation de trésorerie, le Centre Hospitalier MONTPERRIN se propose de réaliser l'ensemble des investissements inscrits dans son nouveau projet d'établissement (rénovations de pavillons en intra hospitalier et acquisition éventuelle de nouveaux bâtiments en extra hospitalier) en auto-financement, avec recours possible à un emprunt.

Les dépenses d'investissement ne nécessitent donc pas l'octroi de moyens nouveaux (type "mesures nouvelles" dans le cadre de la procédure d'allocation budgétaire), à l'inverse des dépenses en personnel induites par le développement

de nouvelles structures ou de nouvelles activités et pour lesquelles toutes les possibilités de redéploiement interne ont été épuisées.

Ces moyens supplémentaires nécessaires peuvent être évalués à :

■ Mise en place des antennes (et travail de liaison sur place)

Salon : 2 ETP infirmier

Pertuis : 1 ETP infirmier

Vitrolles : 1 ETP infirmier

A quoi il convient d'ajouter du temps médical (mi-temps d'assistant)

■ Renforcement de la liaison

L'équipe de liaison existante nécessite d'être renforcée afin de développer l'ensemble des actions envisagées plus haut (maternités, hépatologie...) à hauteur de 1ETP infirmier et d'un temps médical qui pourrait être constitué de l'autre moitié du temps d'un médecin assistant.

■ Prise en compte de la montée en charge de l'activité

L'octroi d'un mi-temps supplémentaire de préparateur en pharmacie semble indispensable pour faire face l'accroissement de la file active (près de 100 patients suivis pour des moyens initiaux à hauteur de 50 places).

Le coût de l'ensemble de ces mesures⁷⁷ s'élève ainsi à

Personnel infirmier : $250\ 000 * 5 = 1\ 250\ 000$ francs

Personnel médical : 290 000 francs

Pharmacie : 125 000 francs

Soit un coût total de **1 665 000 francs.**

⁷⁷ A partir d'un coût moyen par grade. Exemple : Infirmier CN - 6^{ème} échelon ; Assistant Spécialiste 3^{ème} année...

Si le montant peut paraître élevé, son obtention sur un ou plusieurs exercices semble envisageable en considération :

- ⊖ Du redéploiement des moyens opérés au niveau départemental du fait de la fermeture de la Villa Les Pins ;
- ⊖ Des priorités de santé publique retenues dans le cadre de la régionalisation du système de santé ;
- ⊖ Du renforcement des équipes de liaison existant recommandé par la Circulaire DGS/DH du 15 Juin 1999 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes toxicomanes.

CONCLUSION

Le Directeur d'Hôpital et les indésirables

Au delà de la problématique spécifique de la prise en charge des usagers de drogue, les développements précédents permettent de tirer quelques enseignements en matière d'organisation hospitalière.

☛ Développement des partenariats et recherche de complémentarité

Cet aspect, qui prend un relief particulier dans le cadre d'un établissement spécialisé en psychiatrie appelé à collaborer avec d'autres établissements dispensant des soins somatiques, a particulièrement été mis en évidence lors de l'étude du nécessaire travail de réseau.

Mais le partenariat ne se limite pas aux autres établissements hospitaliers. Il concerne également l'ensemble des structures du champ médico-social et social (hébergement d'urgence, travailleurs sociaux...). La loi relative à la lutte contre les exclusions et la mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins viendra encore renforcer cette exigence.

L'examen de la situation particulière des personnes toxicomanes rejoint donc les grandes orientations formulées au niveau national en matière hospitalière depuis la loi de 1991 et plus largement depuis les ordonnances de 1996 : communautés d'établissements, groupements de coopération sanitaire, affectation possible des praticiens hospitaliers sur plusieurs établissements dans le cadre du développement de la mise en réseau...

☛ Ouverture de l'hôpital sur la Cité

Cette évolution est loin d'être inconnue aux établissements psychiatriques qui sont allés, au cours des 20 dernières années, d'un modèle asilaire fermé vers un modèle de psychiatrie ouverte selon le schéma décrit par Gérard MASSE⁷⁸.

Cette exigence s'impose désormais à l'ensemble des établissements hospitaliers : un maillage doit s'établir sur l'ensemble de la zone ou du secteur sanitaire sans que l'hôpital en constitue nécessairement le centre.

L'exemple de la prise en charge des usagers de drogue montre que cette ouverture sur la ville, à travers la mise en place de réseaux et la constitution de filière de soins est indispensable afin :

- D'assurer la mission sociale désormais reconnue à l'hôpital par le Code de Santé Publique (depuis la loi du 28 Juillet 1998), de garantir l'accès aux soins de l'ensemble de la population et d'éviter la constitution d'un sous-système de santé pour les plus démunis ;
- De prendre en charge de manière optimale les pathologies impliquant fortement la médecine de ville et les travailleurs sociaux : toxicomanes donc mais aussi suicide des adolescents, SIDA, démence sénile...

L'étude de Marc BESSIN déjà évoquée souligne qu'un important travail reste à effectuer mais il s'agit incontestablement d'une évolution incontournable qu'il convient de se préparer à gérer au cours des prochaines années.

☛ Le renouveau des modes de gestion

Responsables de l'animation des équipes, les Directeurs d'hôpitaux devront en effet tirer les conséquences de ce phénomène en terme de management.

Des progrès importants demeurent à accomplir en l'espèce. Prenant l'exemple de la psychiatrie, Patrick MORDELET écrit ainsi : " Il existe un décalage important entre la dimension communautaire de la psychiatrie publique, pleinement ouverte sur la Cité, fonctionnant dans une logique de réseaux de soins et le management des établissements qui demeure largement centré sur

⁷⁸ Gérard MASSE - La psychiatrie ouverte : une dynamique nouvelle en santé mentale - Ed. ENSP - 1993 - 329 p.

l'hôpital, maître du jeu (...). Les administrations et responsables des établissements psychiatriques doivent prendre conscience de la spécificité du management de la psychiatrie de secteur et faire vivre cette dimension communautaire en privilégiant les "services de santé" et non pas l'hôpital"⁷⁹.

A travers le prisme des usagers de drogue, il est ainsi possible de réfléchir à de nouvelles modalités de gestion des hôpitaux et sur la fonction de directeur d'hôpital.

Sur ce dernier point, concluons en insistant sur la nécessité pour le Directeur de faire évoluer les mentalités⁸⁰. Les attitudes de rejet et d'exclusion vis-à-vis des personnes toxicomanes (mais plus largement aussi des plus démunis) ont plusieurs fois été évoquées. Tout un travail de formation et d'information est à mener afin de chasser le spectre des "indésirables". Il revient au Chef d'établissement et à l'équipe de direction de l'engager.

C'est là, aussi, l'éthique de notre profession.

⁷⁹ Patrick MORDELET - "Le management des établissements psychiatriques" in *Actualité et Dossier en santé Publique* - n° 15 - Juin 1996

Voir aussi les propos de Serge ADAM : "Préparer les directeurs à des modifications des attitudes ou des comportements différents de ceux hérités de l'ancienne vision managériale. L'ouverture de la psychiatrie sur le champ hospitalier et sur le champ social amène le besoin de participer, mais aussi de structurer et de gérer tout ou partie de nombreux réseaux. La stratégie plutôt concurrentielle doit se faire davantage stratégie d'alliance." in "La formation continue des directeurs d'hôpitaux" - *Pluriels* - n° 18 - Septembre 1999 - p. 5

⁸⁰ Cf nos développements in Claire MOPIN, Maya VILAYLECK et al. - *Approches de la fonction de Directeur d'hôpital en l'an 2000* - ENSP - Septembre 1998

BIBLIOGRAPHIE

1 - Données générales sur la toxicomanie

■ Approche générale du phénomène

EHRENBERG Alain - L'individu incertain - Calmann-Lévy - 1995 - 351 p.

EHRENBERG Alain (dir.) - Individus sous influence - Esprit - 1991 - 357 p.

GEISMAR-WIEVORKA Sylvie - Les toxicomanes - Seuil - 1995 - 215 p.

LEBEAU Bernard - "L'exclusion rend vulnérable " in Temps Modernes - n° 567 - Octobre 1993 - p. 13-29

SOLAL Jean-François - **SCHNEIDER Marie-Claude** - "Toxicomanie et Exclusion sociale" in La revue du praticien - n° 15 - 1^{er} Octobre 1996 - p. 1854-60

VEDELAGO François - **LAUDOYER Patrick** - "Le citoyen toxicomane" in Sociologie Santé - n° 11 - 1994 - p. 120-140

■ Données épidémiologiques

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE - "Usages de drogues et toxicomanie" - n° 22 - Mars 1998

CHOSSEGROS Philippe - "Les complications somatiques de la toxicomanie" in Toxibase - n° 3 - 1995 - p. 1-25

DECLERCK Patrick - **HENRY Patrick** - "Pathologie de la rue" in La revue du praticien - n° 15 - 1^{er} Octobre 1996 - p. 1844-48

DREES - Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en Novembre 1996 - Etudes et Résultats - Décembre 1998

EMMANUELLI Julien - "Toxicomanie et Hépatite C : implication en termes de réduction des risques" in SWAPS n° 2 - Mars - Avril 1997

GENTILINI Marc - Problèmes sanitaires dans les prisons - Rapport au Garde des Sceaux, Ministre de la Justice - Flammarion - 1997 - 180 p.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE - La santé en France 1994-98 - Documentation Française - Novembre 1998 - 309 p.

ORS PACA - La santé observée : tableau départemental sur la santé - 1995-96

PELLEGRIN Jérôme - Aspects des toxicomanies et de leurs prises en charge en Essonne - Préfecture de l'Essonne - 1993 - 162 p.

SESI - La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales - Documents et statistiques - Février 1996

■ Politiques Publiques

BERGERON Henri - Soigner la toxicomanie - Les dispositifs de soin entre idéologie et action - L'Harmattan - 1996 - 255 p.

CATTACIN Sandro - LUCAS Barbara - VETTER Sandra - Modèles politiques en matière de drogue : une comparaison de six réalités européennes - L'Harmattan - Logiques politiques - 1996 - 255 p.

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL - Les toxicomanes dans la Cité - Juillet 1999 - 125 p.

COPPEL Anne - "Histoire naturelle de la toxicomanie et politique de réduction des risques" in Neuro-Psy - Vol. 11 - n° 1 - Janvier 1996 - p. 32-38

COPPEL Anne - "Le grand tournant" in Santé Mentale - n° 25 - Février 1998 - p. 30-33

DUNETON Philippe - "La réduction des risques" in Temps Modernes - n° 567 - Octobre 1993 - p. 190-210

GROC Isabelle - LEGROS Michel - "Politiques de santé : les municipalités agissent" in Consommation et Modes de vie - CREDOC - n° 99 - Juin 1995 - p. 1-4

HEFEZ Serge - "Une prévention et un système de soins inadaptés" in SWAPS - n° 1 - Janvier - Février 1997

KOUCHNER Bernard - "Non-assistance à personnes en danger" in Temps Modernes - n° 567 - Octobre 1993 - p. 5-9

KOUCHNER Bernard - "Toxicomanie et usages de drogues : France, encore des efforts !" in Neuro-Psy - Vol. 11 - n° 1 - Janvier 1996 - p. 5-9

LOWENSTEIN William - "Nécessité du débat" " in Temps Modernes - n° 567 - Octobre 1993 - p. 247-51

SETBON Michel - L'injonction thérapeutique : évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogue interpellés - CNRS - GAP - Mars 1998 - 137 p.

TOUZEAU Didier - "Soigner les usagers de drogue ?" in Santé Mentale - n° 25 - Février 1998 - p. 19-24

2- Politiques de réduction des risques

■ Traitements de substitution

BILGER Pierre et al. - La substitution par la buprénorphine ; réelle prise en charge des usagers de drogue ou gestion a minima des populations à risques ? - ENSP - Séminaire Interprofessionnel - 1997 - 32 p.

BLIX O. - "Mortality and morbidity among patients in methadone maintenance in Sweden" in Archive of Public Health - Vol. 53 - n° 5-6 - 1995 - p. 207-213

BRAHMY Betty - "Substitution et univers carcéral" in SWAPS - n° 6 - Février 1998

BRY Didier - "Caractéristiques des patients suivis par les médecins généralistes d'un réseau ville-hôpital toxicomanie depuis plus de 6 mois en traitement de substitution" in La revue du praticien - Vol. 12 - n° 442 - Décembre 1998 - p. 39-42

DEGLON Jean-Jacques - "Les traitements de substitution par la méthadone, une prise en charge utile et efficace pour le héroïnomanes chroniques" in Archive of Public Health - Vol. 53 - n° 5-6 - 1995 - p. 165-81

FIGIEL Ch. - "Conférence de consensus sur la méthadone" in Archive of Public Health - Vol. 53 - n° 5-6 - 1995 - p. 285-300

GEISMAR Sylvie - La méthadone - Que sais-je ? - PUF - 1996 - 127 p.

GOURARIER Laurent - LOWENSTEIN William - "Réduction des risques liés à l'usage de drogues : l'exemple genevois" in *Transcriptase* - n° 40 - Novembre 1995 - p. 2-4

HUGUENIN Jacques et al. - *La méthadone : mode d'emploi* - Ed. Alain Schrotter - 1996 - 147 p.

JOSEPH H. - WOODS J.S. - "A point in time : the impact of expanded methadone maintenance treatment on city wide crime and public health in New-York City 1971-73" in *Archive of Public Health* - Vol. 53 - n° 5-6 - 1995 - p. 215-31

KEMPFER Jimmy - "Le Néocodion® ou une substitution sauvage" in *SWAPS* - n° 2 - Mars - Avril 1997

OLIVENSTEIN Claude - "Contre l'alliance du libéralisme et de la santé publique" in *Journal du SIDA* - n° 82 - Février 1996 - p. 23-24

SEVENTIER-MULLER Elisabeth - *La substitution : impact et perspectives pour les professionnels qui interviennent dans le champ de la toxicomanie* - ENSP - Mémoire IASS - 1998 - 59 p.

■ Bas seuil

JACOB Elisabeth - "Les structures à bas seuil : nouvelle appréhension des phénomènes de toxicomanie ou gestion a minima des populations à risques ?" in *Prévenir* - n° 32 - 1^{er} semestre 1997 - p. 103-113

STAMBUL Béatrice - "Toxicomanie et VIH : pour une éthique du bas seuil" in *Rencontres du CISIH* - Marseille - Novembre 1997

3 - Organisation hospitalière

■ Accès aux soins

ANTOINE Georges - "La Boutique" in *ASUD Journal* - n° 5 - 1995 - p. 12

ASSOCIATION CLEMENCE ISAURE - Les boutiques et leur environnement - Actes du deuxième séminaire national de réflexion - Toulouse - Novembre 1995 - 149 p.

CASSIGNOL Pierrette - Accès aux soins et nouvelle approche dans la prise en charge des toxicomanes - L'exemple du département de la Haute Garonne - Mémoire IAASS - ENSP - 1995 - 64 p.

GUILLEMOLES A. - "Les toxicomanes chez eux" in Interdépendances - n° 17 - Août-Septembre 1994 - p. 5-6

HAUTEFEUILLE M. - LATRAN-DAVOUX C. - "Dispensaire mobile d'accès aux soins : projet DIMAS" in Intervention - n° 47 - Décembre 1994 - p. 43-44

KERIMEL Eric - "Les centres d'accueil de première ligne" in Intervention - n° 47 - Décembre 1994 - p. 16-18

NONAIN Nadine - "Des relais pour l'accès aux soins dans un quartier de st Denis" in Prévenir - n° 32 - 1^{er} semestre 1997 - p. 59-69

VIDAL-NAQUET Pierre A. - "L'action sanitaire et sociale foraine : voie d'accès vers l'insertion ou filière de dérivation" in Prévenir - n° 32 - 1^{er} semestre 1997 - p. 43-51

■ Réseaux

BEZ Gabriel - "Les RVH dans la lutte contre le SIDA et la toxicomanie" in Gestions Hospitalières - n° 35 - Décembre 1995 p. 751-56

BREMOND Marc (dir.) - Pratiques coopératives dans le système de santé - IMAGE - ENSP - 1998 - 103 p.

GAYMARD Hervé - "Promouvoir et soutenir la mobilisation des acteurs du système sanitaire dans la lutte contre la toxicomanie" in Bulletin des réseaux - Avril 1996

HUARD Pierre - MOATI Jean-Paul - "Introduction à la notion de réseau" in Gestions Hospitalières - n° 35 - Décembre 1995 p. 735-38

JACOB Elisabeth - "Les RVH : instruments de recomposition du système de prise en charge ou outils de requalification professionnelle ?" in *Prévenir* - n° 32 - 1^{er} semestre 1997 - p. 189-201

LARCHER Pierre - "Des réseaux dans tous leurs états à l'Etat dans tous ses réseaux" in *Prévenir* - n° 32 - 1^{er} semestre 1997 - p. 177-84

NAIDITCH Michel - **OBERLIN Philippe** - "Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital ?" in *Gestions Hospitalières* - n° 35 - Décembre 1995 p. 739-46

POLOMENI Pierre - "L'impact d'un réseau sur la réinsertion sociale" in *SWAPS* - n° 3 - Juin 1997

STAMBUL Béatrice - **ANDRIEU Emmanuelle et al.** - "Le secteur en première ligne" in *Santé Mentale* - n° 25 - Février 1998 - p. 30-33

TOUZEAU Didier - "Toxicomanie, SIDA : un réseau de professionnels et de bénévoles pour prévenir l'exclusion" in *Prévenir* - n° 27 - 2^{ème} semestre 1994 - p. 113-115

VIAUD LAGRANGE Isabelle - "Les réseaux au cœur de l'articulation du sanitaire et du social dans la lutte contre la toxicomanie en Charente Maritime - Mémoire IASS - ENSP - 1998 - 62 p.

■ Liaison avec le dispositif social

BERLOTTO Fernando - "L'hôpital et la ville - Enjeux et conditions d'ouverture d'un système figé" in *Prévenir* - n° 32 - 1^{er} semestre 1997 - p. 5-13

BESSIN Marc - "Ouvertures et résistances de l'hôpital face à la question sociale" in *Prévenir* - n° 32 - 1^{er} semestre 1997 - p. 15-22

BLANCHET Colette et al. - "L'articulation du sanitaire et du social : une question permanente - ENSP - Séminaire Interprofessionnel - 1997 - 22 p.

CASTAND Monique - "Soins et précarité - le dispositif sur Marseille" in *Psy - Cause* - n° 15-16 - Janvier - Juin 1999 - p. 24-33

ESPRIT - " A quoi sert le travail social ?" - Mars - Avril 1998

VIOUJAS Vincent - Santé - social : professionnels de tous les bords, encore un effort ! - ENSP - Janvier 1999

■ Ouvrages généraux

ADAM Serge - "La formation continue des directeurs d'hôpitaux" in Pluriels - n° 18 - Septembre 1999 - p. 5

BAUDURET Jean-François - "La psychiatrie, une discipline au carrefour du sanitaire et du social" in Gestions Hospitalières - n°370 - Novembre 1997 - p. 737-742

CLERY-MELIN Philippe - Des alternatives à l'hospitalisation - Pour des soins diversifiés de qualité en psychiatrie - Ministère des Affaires Sociales - 1995 - 2 tomes - 195 et 150 p.

JOLY Pierre - Prévention et soins des maladies mentales - Bilan et perspectives - Rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social - JO 24 Juillet 1997 - 124 p.

KANNAS Serge - "Le secteur, pour quoi faire ?" in Actualité et Dossier en Santé Publique - n° 15 - Juin 1996 - p. XV

MASSE Gérard - La psychiatrie ouverte : une dynamique nouvelle en santé mentale - ENSP - 1993 - 329 p.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE - Actes de la rencontre nationale sur la prise en charge des personnes toxicomanes à l'hôpital - Juin 1998

MOPIN Claire - VILAYLECK Maya et al. - Approches de la fonction de Directeur d'Hôpital en l'an 2000 - ENSP - Septembre 1998

MORDELET Patrick - "Le management des établissements psychiatriques" in Actualité et Dossier en Santé Publique - n° 15 - Juin 1996

MORDELET Patrick - La santé mentale - Ed. Berger Levrault - 1987 - 514 p.

SOEUR Alain - La politique de santé mentale en question : de la circulaire du 14 Mars 1960 au rapport MASSE - Les études hospitalières - 1995 - 185 p.

STROHL Hélène (dir.) - Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 Juin 1990 - IGAS - Septembre 1997

TRIBOLET Serge - **DESOUS George** - Droit et psychiatrie - Ed. Heures de France - 1995 - 354 p.

TYRODE Yves - **ALBERNHE Thierry** - Législation en santé mentale - Ed. Duphar Upjohn - 1994 - 408 p.

ANNEXES

- 1- Projet de service de la FST**
- 2- Règlement intérieur de la FST**
- 3- Convention tripartite FST - Aix-Tox - ELF**